

## 2. Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família

reflexões a partir do texto de Richard Parker

Octavio Bonet

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BONET, O. Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. 47-59. ISBN: 978-85-7541-534-4.

<https://doi.org/10.7476/9788575415344.0004>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# 2

## Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker

OCTAVIO BONET

Tendo por base o texto de Richard Parker, “Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial”, primeiro capítulo desta coletânea (doravante RP, 2013), proponho aqui, primeiramente, uma série de questões que operam como extensões de sentido para os processos de discriminação, poder e dominação no cotidiano dos serviços de atenção primária para a saúde. Em segundo lugar, com base nos desenvolvimentos da última parte do referido texto, pretendo pensar as distâncias entre as políticas e as práticas concretas. As extensões propostas ao texto comentado permitirão estabelecer a relação com o meu próprio trabalho sobre as políticas e as práticas de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

O estudo de Richard Parker é atravessado por duas preocupações fundamentais, ou, é também possível sugerir, está estruturado em dois níveis: no primeiro, procura-se investigar as formas como foram construídos os conceitos teóricos de estigma, preconceito e discriminação e como tais conceitos foram repensados a partir da sua percepção como processos sociais. O segundo nível se constitui na preocupação de derivar políticas de ação programáticas – derivadas desse corpo de conhecimentos teóricos – que ajudem a superar as consequências negativas da discriminação. Para o autor, as buscas para superar essas consequências da discriminação configuram as duas tendências fundamentais e desafios para a saúde coletiva: as relações entre saúde e direitos humanos e aquelas entre saúde e justiça social.

O texto de Richard Parker é construído como um crescente processo de interseção entre os conceitos teóricos que derivam nas duas tendências referidas. No começo desse processo de interseção duas linhas de desenvolvimento teórico parecem se encontrar: uma que associa estigma e estudos sobre saúde mental e HIV/Aids, e outra associada ao preconceito em relação aos estudos sobre raça e etnicidade. Entretanto, será com base nos conceitos de desigualdade social e violência estrutural propostos pelo autor que se poderá construir um novo esquema que permita pensar estigma e preconceito entendidos como processos sociais que envolvem poder e dominação e derivam em categorizações, estereótipos e rejeição social, provenientes não de uma ‘força maior’, mas da agência humana.

Essas duas linhas de desenvolvimento teórico associadas ao estigma e preconceito se conectam nas temáticas dos direitos humanos e da justiça social no que poderia ser pensado como um “fato social total”, para utilizar uma velha categoria de Marcel Mauss. Nesse sentido, falar em discriminação e saúde necessariamente remete às configurações das políticas de saúde e às características políticas, econômicas e culturais específicas das populações envolvidas com essas políticas.

## Estigma, Violência Simbólica e Atenção Primária à Saúde

Na análise da relação entre os conceitos de estigma e discriminação, Richard Parker retoma os desenvolvimentos iniciais de Erving Goffman no clássico livro *Estigma: a identidade deteriorada* (1995), publicado originalmente em 1963. Este se configura como um ponto de partida fundamental para a nova perspectiva processual sobre a relação entre estigma, saúde e discriminação proposta pelo autor. Diante da importância que a categoria ‘estigma’ assume no texto de Parker e do fato de o tema desta coletânea centrar-se em discriminação e saúde no contexto brasileiro, é relevante lembrarmos o trabalho pioneiro de Oracy Nogueira, *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo* (2009), com o objetivo de pensar as configurações de pesquisas futuras. Esse livro tratou das experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar em Campos do Jordão e foi publicado originalmente em 1950, 13 anos antes do livro do Erving Goffman. Oracy Nogueira descreve as vilas que formavam a cidade e suas relações em termos de isolamento, segregação, estereótipos, sigilo, desconforto, configurando um “ambiente tuberculoso”. Sete décadas depois desse trabalho de Oracy Nogueira, todas essas caracterizações serão encontradas no texto de Richard Parker (e nos outros que compõem o presente livro) para descrever as relações entre discriminação e saúde.

Esse ambiente tuberculoso, descrito por Oracy Nogueira, perderá sua precisão a partir do momento em que, por causa do aumento de residências de férias e de estabelecimentos para turistas, faz-se necessário introduzir cartazes indicando “Zona proibida aos doentes” ou “Proibida a entrada a pessoas portadoras de moléstias contagiosas” (Nogueira, 2009: 77). A perspectiva processual da construção da identidade dos doentes em relação às outras categorias já estava presente nesse texto. E é na própria trajetória de Oracy Nogueira que encontramos a ponte para o fenômeno do preconceito associado ao tema da desigualdade, também trabalhado por Richard Parker.

A linha argumentativa proposta por Richard Parker, que associa os conceitos de poder e desigualdade com o de estigma, permite o primeiro movimento do autor para além do conceito original:

Partimos dos princípios de que o estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e controle; de que o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias, e de que a distinção entre pensamento e ação, entre a teoria e a prática, deve ser reconceitualizada como uma forma mais complexa de práxis. (RP, 2013: 29)

Esse novo modo de entender o estigma se complementa com o entendimento de que este “tem sempre uma história” e é “usado pelos indivíduos, comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir as estruturas da desigualdade social” (RP, 2013: 30) e, finalmente, esses usos diferentes dos conceitos se inserem nos modos como os significados culturais são utilizados como parte do sistema de poder.

Esse esquema analítico se complementa com o conceito de violência estrutural, caracterizada como uma violência evitável, indireta e diretamente relacionada à desigual distribuição do poder na sociedade, configurando, desse modo, sistemas sociais desiguais. Essas estruturas sociais e econômicas desiguais necessariamente produzem discriminação em relação à saúde. Para exemplificar essa argumentação, Richard Parker se refere aos afro-americanos, que têm suas vidas caracterizadas “pela desigualdade de oportunidades de educação e pelo acesso mais limitado ao emprego, ao atendimento médico e à justiça” (RP, 2013: 32). Os grupos sociais atendidos pelos programas de APS no Brasil, especificamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), poderiam ser caracterizados com os mesmos adjetivos que Richard Parker utiliza para caracterizar a população de afro-americanos dos EUA.

A argumentação associada ao conceito de violência estrutural remete ao conceito, trabalhado por Pierre Bourdieu (2009: 211), de violência simbólica, como aquela violência branda, invisível, “censurada e eufemizada, isto é, desconhecida e reconhecida”, escolhida e sofrida, que caracteriza a violência da confiança, do dom, e que se impõe como modo de dominação nos contextos em que não é possível exercer a dominação direta. A violência simbólica como um modo de dominação “doce”, que se exerce com um sorriso que instaura, ao mesmo tempo que nega, uma distância.

Segundo Richard Parker, a discriminação como produto de sistemas sociais desiguais produz impactos sobre a saúde e é com base nessa percepção que se deveria pensar as ações corretivas. A relação dos conceitos de discriminação, saúde e ações corretivas, associada aos conceitos de violência estrutural e simbólica, remete à primeira reflexão que gostaria de fazer com base na leitura do texto de Richard Parker, fortemente associado ao meu trabalho sobre APS: como lidar com o paradoxo que se apresenta em relação a esses dois modos de violência, estrutural e simbólica, nas políticas e programas de APS como a ESF, que, ao mesmo tempo que ajudam a diminuir as desigualdades de acesso à saúde, e portanto a violência estrutural – evitando que se produzam mortes evitáveis, por exemplo –, instauram uma violência simbólica que se manifesta nos relacionamentos cotidianos entre os profissionais da saúde e as populações-alvo das políticas e dos programas?

Para entender a manifestação desse paradoxo faz-se necessário compreender por que se associam as práticas de APS (especificamente a ESF) à violência simbólica, e para isso é necessário entender alguns dos seus dispositivos de funcionamento.

A reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil começou mediante a instauração das Normas Operacionais Básicas (NOB), a partir de 1991, e foi marcada pela ênfase conferida a dois programas principais: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que começaram em 1991 e 1994, respectivamente. O PSF se estabelece como um modelo de reestruturação das práticas de saúde, procurando superar a fragmentação dos cuidados e a divisão técnica do trabalho em saúde. Em seu âmbito, passou-se a implementar uma perspectiva baseada na ampliação da cobertura, nos trabalhos de prevenção e promoção da saúde, em busca de uma atenção integral e de uma relação contínua entre os profissionais e os usuários. Hoje o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família pelo fato de ter incorporado outros programas, mas também porque se posiciona como base da reformulação da atenção primária no Brasil.

A ESF tem como um dos seus principais elementos a territorialização. Cada posto de saúde tem sua área delimitada e setorizada, a fim de que a equipe de saúde conheça completamente a sua população. Os agentes dessa territorialização são os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs); é por intermédio deles que se estabelece o contato entre o sistema oficial de saúde e a comunidade. Desse modo, o ACS ocupa uma posição intermediária: pertence à comunidade (condição necessária para ser agente) e também ao sistema de saúde, já que é parte da equipe de profissionais. Essa posição intermediária, híbrida, percebe-se, também, pelo fato de ter que responder a dois modos diferentes de territorialidade, que configuram duas redes: a oficial, delimitada pelos interesses do sistema, e a intersticial, delimitada pela comunidade (Bonet & Tavares, 2006).

A territorialização oficial se estabelece quando o centro de saúde e as equipes de saúde da família são organizados. Nesse momento todo o bairro é dividido em domicílios, microárea, área e segmento territorial. Em relação ao domicílio, define-se uma família como “o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar (...) inclui empregado doméstico se vive no domicílio”. Este é definido “como o local de moradia estruturalmente separada e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A microárea é definida como “o espaço geográfico onde moram de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde”; finalmente, área é definida como “o conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família” (SAS, 1998: 6). A partir da definição dos critérios de territorialização, os ACSs, depois de realizarem um curso preparatório, têm que proceder ao censo dos domicílios e das famílias da sua microárea, preenchendo uma série de fichas e formulários.

Nessas fichas são registradas as condições de moradia (tipo de construção, quantidade de cômodos, tratamento da água, destino do lixo); a composição da família (quantidade de pessoas, sexo, idade, data de nascimento, ocupação e doenças atuais).<sup>1</sup> Com essa territorialização oficial tenta-se criar uma rede estruturada, na qual todas as famílias, domicílios e ruas têm o seu lugar, todos os usuários que padecem de alguma doença crônica terão sua visita domiciliar ou seu dia de reunião no posto de saúde, na qual controlarão sua pressão ou sua diabetes etc.

---

<sup>1</sup> As doenças que interessam registrar são, por exemplo, alcoolismo, Chagas, deficiências, diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e, embora não se trate de doença, é fundamental acompanhar as grávidas.

Ainda que seja possível se negar a receber os ACSs e a se cadastrar, e assim não entrar no sistema (por ter plano de saúde, por exemplo), como o programa se instala em áreas carentes, é difícil encontrar esse tipo de reação. Entretanto, e para além da necessidade dos usuários, essa rede se mantém pela instauração de dispositivos de controle, que transformam o direito à saúde em um sistema de prestações. Em outras palavras, e a modo de exemplo, podemos mencionar a distribuição de leite que se realiza por intermédio do posto: só recebem leite as mães que tenham levado suas crianças para serem pesadas no mês anterior e as crianças que estiverem desnutridas. Ainda, se a mulher que vai buscar leite estiver grávida, perguntarão a ela se está fazendo os controles pré-natais. Os ACSs são os encarregados de lembrar às mães o dia em que devem pesar as crianças, mas se por alguma razão o agente não faz a visita domiciliar, a mãe não pesa a criança e, em consequência, não recebe leite.

Esse tipo de dispositivo apareceu claramente em uma reunião da equipe da ESF na qual estavam marcando as consultas de controle dos menores de 5 anos e o diálogo girava em torno do motivo de algumas das mães não terem trazido os filhos na hora marcada. Pelo nome da pessoa e da rua em que mora, os agentes iam mencionando as desculpas das mães.<sup>2</sup> A certa altura, uma médica diz:

*Estou classificando quem é do programa e quem não é... só para ter um controle das crianças que vêm (...), mas vamos tentar agendar todo mundo, vamos lembrar às mães. E se faltam às consultas, não vamos mais agendar automaticamente [o agente passando pela casa da usuária]. Vamos dar um pouco mais de trabalho para ela, porque vai ter que vir ao posto. Vai ter que marcar a consulta para passar o filho pelo controle. Fazemos isso de uma forma assim meio negativa, mas para incentivar às mães que trazem seus filhos ao posto.*

Como não existe mecanismo pelo qual a autoridade delegada pelo sistema seja exercida, ativa-se esse tipo de dispositivo de controle que, antes de impor uma violência física, instaura uma “violência suave” (Bourdieu, 2009). É interessante que a profissional da saúde que prestou o depoimento anterior percebe o dispositivo de controle que instaura. Dispositivo que é complementado com um discurso cheio de diminutivos (“mãezinha”, “criancinha”) que infantiliza o usuário, aumentando, com isso, a distância social já existente. Esse dispositivo instaurado não é percebido como tal pelos usuários que se encontram numa situação de gratidão pelo atendimento recebido, que é percebido como uma dádiva, o que os deixa em dívida

---

<sup>2</sup> Pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde que faz parte da ESF em Juiz de Fora. Nessa unidade trabalhavam quatro equipes que foram acompanhadas por um ano com o objetivo de se compreender as lógicas das práticas das equipes da ESF.

com a equipe de saúde e, por essa razão, impede o confronto e a queixa explícita (que aparece somente em alguns momentos na pesquisa).

## Das Tendências às Práticas

A segunda questão que se pode propor com base no texto de Richard Parker se relaciona com o que o autor considera as “duas maiores perspectivas ético-políticas na saúde pública ou coletiva contemporânea que oferecem possíveis respostas ao sofrimento humano decorrente da discriminação” (RP, 2013: 35), as quais teriam experimentado uma crescente convergência, estruturando um esquema para orientar as ações contra a discriminação em saúde.

Em relação à primeira, saúde e direitos humanos, Richard Parker retoma o impacto que teve a epidemia da HIV nos anos 1980 e o desenvolvimento de um espaço político e institucional no qual se geravam políticas que tentavam dar respostas à discriminação derivada da epidemia. Interessou-me nesse ponto o fato de terem surgido “em um período extremamente curto, um movimento de ativistas” (RP, 2013: 37) que articulava o acesso aos medicamentos com questões relacionadas aos direitos humanos. Esses grupos militantes, junto com as agências governamentais, entraram em confluência com interesses globais para cristalizar uma aproximação entre direitos humanos e saúde, que passou a funcionar como uma “principal plataforma para justificar e implantar um conjunto de iniciativas” (RP, 2013: 37).

A segunda tendência proposta por Richard Parker, a relação entre saúde e justiça social, nos direciona a dois pares relacionais conhecidos: pobreza e saúde, por um lado, e biomedicina e saúde coletiva (ou movimento sanitário), por outro. É possível resgatar, com base em seu texto, a eterna disputa dessas duas últimas categorias pela supremacia no campo da saúde. Em outras palavras, uma tensão entre o enfoque nas doenças ou o enfoque nos determinantes sociais da saúde. Entretanto, essas duas categorias funcionam como amplos guarda-chuvas, que encobrem as diferenças internas dentro de cada uma delas. Em outras palavras, a biomedicina, hoje, tanto como categoria social quanto como sistema de conhecimento, alcançou grande complexidade, a ponto de incorporar tendências que contestam seus elementos paradigmáticos essenciais (Bonet, 2003; Menezes, 2004; Camargo Jr., 2003; Mol, 2003, 2008).

Para construir a relação entre justiça social e saúde, Richard Parker faz referência ao trabalho do Paul Hunt (2009), que por sua vez analisa um texto conhecido como “General comment 14”, da Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais



(2000), o qual se refere ao artigo n. 12 do Acordo Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pacto Internacional..., 1966). Nesse artigo do pacto afirma-se o direito de toda pessoa a usufruir do mais alto nível possível de saúde física e mental. Em relação a esse artigo e ao “Comentário geral n. 14”, Paul Hunt escreve que esse direito humano, que toda pessoa tem, de usufruir do mais alto nível possível de saúde “engloba atendimento médico, bem como acesso a água potável, saneamento adequado, um ambiente de trabalho seguro, acesso a informações relacionadas à saúde e educação e outras precondições críticas para a boa saúde”. Afirma também que o direito à saúde “tem um componente de justiça social”, requer “a participação ativa e esclarecida das pessoas afetadas pelas políticas, programas e práticas relacionados com a saúde” (...) e que “No cerne do direito à saúde encontra-se um sistema de saúde justo, integrado, ágil e eficaz, que seja acessível a todos e de boa qualidade” (Hunt *apud* RP, 2013: 42).

Por outro lado, no próprio texto da comissão percebe-se a distância entre o que se propõe como imagem-objetivo e a realidade: “A comissão é consciente de que para milhões de pessoas em todo o mundo o pleno usufruto do direito à saúde continua sendo um objetivo remoto. Ainda mais, em muitos casos, sobretudo no que diz respeito às pessoas que vivem na pobreza, esse objetivo é mais remoto” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000: 3). O *slogan* da Organização Mundial da Saúde, “Saúde para Todos no Ano 2000”, de 1977, transformou-se no ano 2000 em diretrizes claras sobre como se deve entender “o mais alto nível possível de saúde”, tendo em vista as dificuldades para superar as distâncias entre o direito a uma vida saudável e as condições concretas de saúde.

Essa ideia da distância entre o que se denominou imagem-objetivo e a realidade permite pensar em uma segunda extensão ao texto de Richard Parker e na política de atenção básica no Brasil (Portaria n. 648/2006), em que atenção básica é assim definida:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2007: 12)

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (Brasil, 2007: 13)

Esses parágrafos selecionados delinchem o que deveriam ser as diretrizes das práticas dos profissionais nos postos de saúde da família, mas o que se encontra no mundo, no império do meio (nas palavras de Bruno Latour)? Metaforizações dessas políticas. Roy Wagner (1981) entende que em todo processo de simbolização estão envolvidas metáforas, que serão entendidas como extensões de sentido. Essas extensões metafóricas colocam as diretrizes das políticas em perigo. O perigo deriva do fato de as políticas serem inscritas em histórias. Da mesma forma que o estigma tem uma história, as políticas em saúde também as têm. Estão carregadas com “o mundo”, como diria Sahlins (1987).

Muito frequentemente essas metaforizações são encenadas como “mal-entendidos não produtivos” (modificando uma ideia de Otávio Velho, 1997)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Otávio Velho refere-se à ideia de mal-entendido produtivo para explicar o encontro de ideias que, embora diferentes, apresentam semelhanças; são essas semelhanças que permitem a continuação da conversação e, por essa razão, fazem com que os mal-entendidos sejam produtivos.

que impedem a comunicação com o outro, produto; pode-se falar em uma metaforização diferencial (Wagner, 1981). Como exemplo desses mal-entendidos é possível mencionar o que observamos em uma unidade da ESF em Juiz de Fora no momento em que, segundo a médica de uma das equipes que funcionavam na unidade, iríamos presenciar a reunião de um grupo educativo para usuários hipertensos. Para alguns desses usuários tratava-se de uma consulta conjunta, de que eram obrigados a participar para poderem aferir a pressão e receber a medicação (a dimensão da troca apresentando-se novamente).

Outro exemplo de metaforização dos profissionais se configura no discurso da médica de uma das equipes de saúde que nos diz que “aqui fazemos de tudo, menos medicina”, frase que demonstra uma metaforização interessante da sua prática médica na ESF e da sua compreensão da política de atenção básica. Ainda mais interessante porque, seguidamente, refere-se à ideia de “doença social” como aquilo com que lidam mais frequentemente na unidade de ESF. A ideia de doença social como categoria nativa relaciona-se com uma dimensão que vai além do paradigma anatomopatológico da biomedicina e remete aos problemas pessoais, familiares e financeiros vividos pelos usuários. Essa dimensão social representa o limite da capacidade de intervenção dos profissionais da ESF (Bonet & Tavares, 2008). Em outras palavras, essa frase da médica parece indicar que lidar com os condicionantes sociais em saúde não tem a ver com medicina.

E o que dizer das metaforizações dos usuários? No segundo ponto dos fundamentos programáticos da política de atenção básica fica explícita a busca de “integração de ações programáticas e demanda espontânea” (Brasil, 2007). Os usuários frequentemente não se adequam nem aos horários das consultas programadas, nem às territorializações impostas pela demarcação em áreas e subáreas. Daí que continuem se dirigindo às unidades em que não estão cadastrados porque são de mais fácil acesso que aquela para a qual foram encaminhados. Ou que apareça no discurso dos usuários que “a consulta programada está matando a gente”, no sentido de que eles não têm hora para adoecer. Tudo isso é lido por parte dos profissionais como a reiteração de que “eles [os usuários] não entendem o programa, fechando assim a possibilidade de compreensão”. Percebe-se o mal-entendido não produtivo derivado da metaforização diferencial da categoria “consulta programada”.

Para finalizar com esses mal-entendidos, faz-se necessário compartilhar a fala de uma usuária que, após um percurso de um fim de semana pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e dois hospitais da cidade de Juiz de Fora, consegue internar seu

neto por causa de uma bronqueolite. O episódio começa numa sexta-feira em que ela o leva ao posto porque estava com febre alta. Após o atendimento, lhe indicam amoxicilina. No domingo de manhã a criança continua com febre, vai para um hospital e a avó é orientada a continuar com a mesma medicação que o médico do posto havia receitado. O plantonista do hospital a que ela foi de manhã lhe diz: “Febre é no posto, e não no hospital”. Como o menino continuava com febre alta, às 11 da noite o sobrinho lhe dá dinheiro para levá-lo a outro hospital, onde lhe dizem que vão conseguir vaga, pois o diagnosticam com uma crise de bronqueolite, ao que ela responde: “Ué? Os médicos do posto disseram que ele num tinha nada...”.

A partir dessa situação ela adota um discurso crítico em relação ao posto de saúde e à organização do trabalho cotidiano. Porque, segundo ela, “quem depender do posto morre” e a “urgência” da UBS se restringe a uma parcela do dia (nesse caso, o período matutino). Se houver alguma urgência à tarde, a UBS não oferece atendimento em razão das consultas programadas, ao que ela replica: “Criança não tem hora para adoecer (...) a febre vem de manhã, geralmente vem à tarde, você vai lá, não tem médico pra olhar! Não tem vaga!”. Posteriormente, em seu discurso a usuária introduz uma crítica recorrente ao modelo do ESF pelo fato de haver um profissional médico para atender todos os grupos etários: “Outra coisa que a gente não concorda... eu, do meu ponto de vista, acho muito errado, esse negócio de médico de família”. Mas a crítica parece mais direcionada à prática do que ao modelo:

*Não tem como o médico olhar eu, olhar ela, olhar uma criancinha, olhar um bebezinho, um homem. Você não sabe nem quem está olhando. Tudo no mesmo lugar, tudo na mesma maca, às vezes troca o papel, às vezes não troca, você entendeu? Quantas vezes eu deitei os meus netos naquelas macas ali, com aquele papel amarrotado! Acho muito errado, acho que pelo menos deveria ter um médico para crianças, para eles, entendeu? Porque aqui em cima tem muita gente com doenças perigosas.*

A usuária elabora um discurso crítico em relação ao modelo de médico de família. Só que ela não sabe do modelo, não sabe da política; ela sabe das práticas de cuidado que vivencia no cotidiano. O modelo é, para ela, a prática. É o agenciamento pelo papel; a crítica ao modelo aparece agenciada pelo papel amarrotado.

Richard Parker assinalou as relações entre saúde e direitos humanos e saúde e justiça social como duas tendências convergentes, que ganham nova luz no arcabouço teórico da discriminação/violência estrutural/saúde. Como extensão a essa ideia do autor, e com base em minhas próprias pesquisas na ESF, pode-se

pensar como desafio para as ciências sociais: de que maneira produzir políticas e pesquisas que deem conta de grupos que, por sua posição social de subordinação, de vítimas dessa violência estrutural e simbólica, não constituem grupos significativos de pressão?

E, em segundo lugar, como fazer para superar a descontinuidade entre as políticas e o cotidiano das práticas? Descontinuidade que se transforma em um espaço fértil para a germinação dos mal-entendidos não produtivos. Em outras palavras, estou pensando em como podemos incluir a diversidade das metaforizações dos usuários e dos profissionais na construção das políticas públicas em saúde para que estas não perpetuem os processos de discriminação.

## Referências

- BONET, O. *Os Médicos da Pessoa: um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- BONET, O. A. & TAVARES, F. R. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.
- BONET, O. A. & TAVARES, F. R. O usuário como mediador: em busca de uma perspectiva 'ecológica' sobre os condicionantes sociais de saúde In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. 20 anos do SUS constitucional*. Rio de Janeiro: Abrasco, Uerj, 2008.
- BOURDIEU, P. *O Senso Prático*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMARGO JR., K. *Biomedicina, Saber & Ciência*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Comentario General n. 14. Ginebra, 2000. Disponível em: <[www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2011.
- GOFFMAN, E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- MENEZES, R. *Em Busca da Boa Morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond, Editora Fiocruz, 2004.
- MOL, A. *The Body Multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press, 2003.
- MOL, A. *The Logic of the Care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge, 2008.
- NOGUEIRA, O. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Clássicos & Fontes)
- PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. 1996. Disponível em: <[www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm](http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2011.
- SAHLINS, M. *Ilhas de Histórias*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SAS). *Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998.
- VELHO, O. Globalização: antropologia e religião. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 3(1): 133-154, 1997.
- WAGNER, R. *The Invention of Culture*. Revised and expanded edition. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.