

À VALORIZAÇÃO DOS ASPECTOS CULTURAIS DA POPULAÇÃO COMO
ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A ADESÃO DA COMUNIDADE
ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
THE STRESSING THE POPULATION CULTURAL ASPECTS AS A STRATEGY TO
IMPROVE THE COMMUNITY ADHESION TO HEALTH PROMOTION ACTIONS
AND DISEASE PREVENTION

Claudia Helena Mantelle Silva Mello¹

RESUMO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde visa desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Na área de promoção da saúde e prevenção de doenças parece haver pouca adesão, por parte da população brasileira, aos programas que envolvem estas ações. Esse artigo discute a importância da valorização dos aspectos culturais em saúde, da população, como estratégia de adesão às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. O texto produzido foi baseado em pesquisa bibliográfica que buscou contribuir para a discussão desta temática. Ao final, este trabalho fará algumas considerações e analisará as possibilidades de se repensar a organização dos Serviços, tornando mais efetiva a participação popular nas ações preventivas e de promoção da saúde, propostas pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Doença. Promoção da Saúde. Cultura.

ABSTRACT: The Family Health Strategy (FHS) of the Federal Government Health Department aims at promoting health, preventing diseases, treating them and performing rehabilitation. Most of the people do not adhere to these programs. Health promotion is fundamental to primary attention. This article discuss some ideas which show the importance of the population cultural aspects to improve health care such as the adherence to the Unified Health System policies. This article will also analyze the possibilities to reconsider the services organization by adding a more effective popular participation in actions prevent and health promotion.

KEYWORDS: Health. Disease. Health Promotion. Culture.

1 INTRODUÇÃO

¹ Mestranda em ciências sociais pela Universidade Estadual Paulista – campus de Marília - e-mail: claudia.mello@famema.br

A análise de dados culturais, em saúde, permite entender o quê as pessoas pensam sobre o processo saúde-doença e sobre ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Desta forma torna-se possível repensar a organização destas ações junto à comunidade assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social do indivíduo.

A não valorização dos aspectos culturais da população na área da saúde, por parte dos agentes/proponentes das políticas públicas, parece contribuir para a pouca adesão dos usuários às ações ofertadas pela atenção primária no Brasil. Estudos recentes demonstram a influência significativa que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde (TAYLOR et al., 1987).

Desde 1990 até os dias atuais existe uma preocupação cada vez maior por parte dos pesquisadores acadêmicos em estudar a saúde, considerando-se o homem, seus relacionamentos sociais e culturais, sua maneira de lidar com o mundo e consigo próprio e o seu comportamento no meio em que vive. Os estudiosos sobre saúde e doença utilizaram-se da interdisciplinaridade entre as áreas do conhecimento para fazer uma análise crítica sobre a origem do homem, sua forma humana e suas reações diante das doenças. Neste enfoque as Ciências Sociais se preocupam em analisar as questões de saúde pública /coletiva destacando a pessoa, o corpo, a doença assim como os sentimentos ligados aos seus distúrbios (CUSTÓDIO, 2010).

Torna-se clara, então, a importância da Antropologia na área da saúde, pois, se entendida em sua dimensão social e cultural, a doença será compreendida na sua relação com a dimensão biológica, abrangendo assim o indivíduo integralmente e superando os limites exclusivamente biológicos do corpo.

Segundo Oliveira (2002) a contribuição dos antropólogos às questões da saúde avança no sentido de explicar que todas as atividades que estão ligadas ao cuidado à saúde estão interrelacionadas, constituindo uma forma socialmente organizada de enfrentamento da doença formando assim um sistema cultural próprio que é o sistema de atenção à saúde.

Esse artigo busca contribuir para a reflexão crítica sobre a dimensão cultural quando se pensa na estruturação e implementação de ações de promoção de saúde ofertadas pelo SUS.

2 HISTÓRIA DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA

Até o século XIX, a representação da doença era basicamente apresentada como duas formas: a ontológica e a dinâmica. Na antiguidade européia predominava a concepção ontológica, no qual o corpo humano podia ser invadido por um elemento natural ou espírito sobrenatural que produzia a doença, sem participação ou controle deste no processo de causação. “A doença é uma reação generalizada com intenção de cura”. Já, na concepção dinâmica, a doença é resultante de um desequilíbrio entre as forças vitais e compreende um processo que ocorre no interior do homem. (CANGUILHEM, 1995 p. 21).

Segundo Oliveira e Egry (2000), nas antigas medicinas hindu e chinesa, a doença era vista como desequilíbrio entre os princípios ou forças vitais da vida. Observa-se nesta perspectiva, uma naturalização da doença, na qual o ser humano deixa de ter um papel passivo, buscando dinamicamente diferentes procedimentos terapêuticos para a restauração de suas forças.

Durante a Idade Média a medicina ocidental, devido ao Cristianismo, passou por um progressivo abandono da prática clínica em favor de uma maior preocupação com a salvação do espírito. As frequentes guerras e o aumento das epidemias na Europa, no final do período medieval, trouxeram de volta a preocupação com as formas de transmissão das doenças que até então eram atribuídas a influências cósmicas, à bruxaria ou ao envenenamento da água e do ar por grupos estigmatizados, como judeus e leprosos (ANDERY et al.,1996) por exemplo.

Durante os séculos XVII, XVIII e XIX a ciência médica desenvolveu-se rapidamente com o surgimento das disciplinas de Anatomia Humana, Fisiologia e a Patologia.

À época da constituição da Epidemiologia, um conjunto de saberes e práticas voltados para a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença indicava os conglomerados urbanos, na fase inicial da industrialização, como agravantes das condições de vida das populações (SILVA, 1973). Os paradigmas sócio-ambientais predominavam como formas de explicação para a origem das doenças.

Sabemos hoje que noções como as de saúde e doença, aparentemente simples, referem-se de fato a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. O estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural (UCHÔA & VIDAL, 1994).

A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona a ela – conhecimento do risco, idéias sobre prevenção, noções sobre causalidade e idéias sobre tratamentos

apropriados – são fenômenos culturalmente construídos e interpretados em contextos históricos determinados (NICTER, 1989 apud UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 498)².

Constatamos que a antropologia, já desde o século XIX, se ocupava em explicar formas de preocupações com o corpo e o espírito como acontece nas descrições sobre xamã e curas xamanísticas. A originalidade desta última está na explicação de que este tipo de cura aplica, a um desequilíbrio orgânico, um método próximo às nossas medicina tradicional e terapêuticas psicológicas (LEVI-STRAUSS, 1975). Entre as contribuições teóricas do começo do século XX também podemos destacar Marcel Mauss (1872-1950) com a criação da noção de técnica do corpo onde este é entendido como o primeiro e mais natural instrumento do homem. As técnicas corporais são montagens físico/psico/social de atos que são habituais e antigos na vida do homem. Esta noção nos permite verificar que os indivíduos imitam uns aos outros, pois existe uma transmissão de técnicas e conhecimentos que diferenciam o homem das outras espécies (OLIVEIRA, 1979).

Práticas mágicas e simpatias também tiveram destaque, com ênfase em suas dimensões psicológicas e sociais, como nos mostrou Evans-Pritchard (1978, p. 37): “Eles crêem ainda que os feitiços podem fazê-los adoecer através da realização de ritos mágicos que envolvem drogas maléficas”. Assim, o adoecimento é discutido em suas dimensões espiritual e psicológica, algo que transcende a dimensão física e biológica simplesmente.

Historicamente, verificou-se que o processo saúde/doença também foi socialmente construído e determinado. O modo de vida de uma população delimita os problemas que acometem a saúde nos grupos sociais. O aparato biomédico não modifica os determinantes e condicionantes deste processo em nosso país como por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada (BRASIL, 2006).

Desta forma, devemos entender como a comunidade pensa o processo saúde-doença, pois, suas concepções de saúde e enfermidade se ligam a valores culturais importantes de sua sociedade. Todo e qualquer modelo de atenção à saúde que se organize terá insucesso se não valorizar aspectos sociais, culturais e comportamentais que são importantes para a correta compreensão dos seus problemas como um todo.

Segundo Vianna ([2010], p. 82)

[...] o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que varia em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

² NICTER, M. *Anthropology and international health: South Asian case studies*. Dordrecht: Kluwer Publications, 1989.

François Laplantine (1991, p.67), em obra antropológica que se preocupou em dar conta do conjunto de representações da doença e da cura na sociedade francesa contemporânea, explica que, em uma dessas representações (dentre as várias que apresenta na obra) quando se trata de imputação etiológica “existe um modelo exógeno e um modelo endógeno da doença”.

Para ele, no modelo exógeno “a doença é um acidente devido à ação de um elemento estranho (real ou simbólico) ao doente que, a partir do exterior, vem se abater sobre esse último” (1991, p.67). Dois grupos de significações podem ser apontados aqui: Um onde “a doença tem sua origem na vontade má de um poder antropomorfo ou antropomorfizado: feiticeiro, gênio, espírito, diabo, até mesmo o próprio Deus [...]” (1991, p.67) e outro onde “a doença tem sua origem em um agente nocivo, mas que é concebido desta vez como natural [...]” (1991, p. 67).

Já no modelo endógeno, segundo Laplantine (1991, p.78)

[...] a doença é deslocada para o indivíduo e não é mais considerada como entidade que lhe é estranha. Essa compreensão se exprime, ao mesmo tempo, nas noções de temperamento, de constituição, de disposições e predisposições, de tipo de caráter ou astral (os signos do zodíaco), de natureza, de organismo, de campo, de hereditariedade (por exemplo, as leis de Mendel descobertas em 1865), de patrimônio genético, de “meio interior”(Claude Bernard), ou seja, as diversas secreções glandulares, bem como o sangue que é relativamente independente do exterior ou grupo sanguíneo que lhe é totalmente estranho, de fragilidade, de disposição a tal doença, de potencial (inato ou adquirido), de recursos de autodefesa (a fabricação de anticorpos e de antígenos que são as reações próprias de um dado organismo).

Atualmente o sistema cultural, presente em nossa organização social de cuidado à saúde, corresponde a três categorias: a medicina popular que é praticada por todos; a medicina tradicional que exige um especialista; e o setor médico profissional que são as escolas formais. Em cada uma destas categorias os atores principais – famílias, médicos e pacientes – têm seus próprios modelos para explicar a doença. Esta explicação é construída socialmente – como as chamadas “teias de significados culturais” Geertz (1978, p. 15) – e deve ser valorizada e negociada no processo de cura do paciente.

Convém lembrar que o paciente é o ator central nesse processo que engloba o conhecimento da doença, o tratamento e a cura devendo o mesmo ter participação ativa em relação ao cuidado à saúde e também em todas as ações educativas propostas pela rede de atenção primária. A finalidade deste trabalho é destacar a importância dos valores culturais da comunidade para garantir a participação popular nos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

No campo de promoção da saúde e prevenção de doenças, a valorização dos universos social e cultural da população poderia contribuir para melhorar o impacto de diversas ações de cuidado à saúde, principalmente no que diz respeito a adoção de comportamentos de prevenção ou risco. O termo promoção de saúde foi utilizado pela primeira vez por Sigerist, historiador da medicina quando, em 1945, definiu quatro funções para esta ciência: promoção de saúde, prevenção de doenças, restauração do doente e sua reabilitação (TERRIS,1996).

O conceito de prevenção foi definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell & Clark, 1976). A prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima.” Prevenção secundária é o conjunto de ações que visam identificar e corrigir o mais precocemente possível qualquer desvio da normalidade de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável, ou seja, têm como objetivo a diminuição da prevalência da doença. Visam ao diagnóstico, ao tratamento e à limitação do dano. Prevenção terciária é o conjunto de ações que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes. Poderia ser encarada como reabilitação do indivíduo.

No Brasil os princípios do Sistema Único de Saúde como a integralidade - ação totalizadora que leva em conta as dimensões biológica, psicológica e social, pois o homem é um ser individual - e a humanização - conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde - devem colocar a cultura como elemento essencial no processo de compreensão e controle da saúde/doença (OLIVEIRA, 2002).

Para o SUS, a promoção da saúde significa a possibilidade de intervir em aspectos que determinam o processo de saúde e de doença da população (OLIVEIRA, 2008). As ações de promoção da saúde são todas aquelas que visam uma melhoria na qualidade de vida das pessoas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006 pelo Ministro de Estado da Saúde teve como objetivo

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Vemos, com isso, ser possível colocar em prática o conceito ampliado de saúde na perspectiva da saúde da família, abandonando o modelo do “reducionismo biológico” que, por muito tempo foi hegemônico, se não o é até os dias atuais.

No entanto, parece que a população brasileira ainda prefere as ações de caráter curativo quando comparadas às ações preventivas ofertadas pelo SUS. O quê explica isto? Poderia esta situação indicar um campo onde se manifestam relações de poder, no sistema de saúde atual, uma vez que campo são as diferentes esferas sociais presente em nossa sociedade e que se mantem em luta permanente por melhores posições? Quem são os pólos desta atual estrutura dos nossos serviços nos quais existe dominantes e dominados em interação o tempo todo? A estratégia utilizada hoje pelos prestadores de serviços à saúde visa sempre a maximização dos lucros ou a melhoria na qualidade de vida dos agentes sociais? Se as ações de promoção da saúde propostas pelo SUS atualmente visam a melhoria na qualidade de vida das pessoas por que estas continuam preferindo o modelo curativo? A cultura da população, voltada para os cuidados em saúde, tem sido levada em consideração no encontro serviço de saúde-usuário? Estes questionamentos nos orientam a direcionar nossa reflexão para algum lugar do passado, onde a filosofia que valorizava o trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças, perdeu seu espaço para as idéias que enfatizam somente as ações curativas, ou seja, devemos esperar a doença se instalar para então tratá-la.

Em nosso processo histórico, o modelo puramente curativo foi internalizado pelos membros da comunidade a ponto de parecer ser este o modelo de assistência à saúde eleito pela população.

Para Ortiz (1983, p.15) “A interiorização, pelos atores, dos valores, normas e princípios sociais assegura, dessa forma, a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade como um todo”.

Julgo, então, ser pertinente inserir neste contexto a noção de habitus de Bourdieu. Para ele esta noção pode ser definida como sistema de disposições duráveis que gera e estrutura as práticas e as representações regulamentadas e reguladas sem que seja o produto de obediência a regras (BOURDIEU, 1972 apud ORTIZ, 1983, p. 15)³.

O habitus é, portanto, uma ordem conservadora na hierarquia social. Ele é uma noção filosófica antiga, que se originou no pensamento de Aristóteles e na Escolástica medieval, sendo retrabalhado depois dos anos 1960 pelo sociólogo Pierre Bourdieu. As raízes do habitus encontram-se na noção aristotélica de hexis, indicando um estado adquirido e estabelecido do caráter moral que orienta nossa conduta. Este termo já foi utilizado por Tomás de Aquino em “Summa Theologiae”, por Émile Durkheim em

³ BOURDIEU, P. *Esquisse d’une théorie de la pratique*. Genève: Droz, 1972.

“L'Évolution Pédagogique en France”, Marcel Mauss em “As técnicas do corpo”, Max Weber em “Wirtschaft und Gesellschaft”, por Thorstein Veblen em sua “Theory of the Leisure Class”, Edmund Husserl com seu “Habitualität”, além de Nobert Elias.

Mas é no trabalho de Bourdieu que encontramos a mais completa renovação sociológica do conceito de habitus. Ele reinterpreta a velha noção propondo que o habitus orienta a ação, na medida em que esta é produto das relações sociais e assegura a reprodução dessas mesmas relações (ORTIZ, 1983).

Ao se pensar o conceito de habitus como noção mediadora entre o indivíduo e sociedade, podemos entender o modo como esta sociedade se torna depositada nos agentes definindo, então, o seu modo de sentir, pensar e agir. Bourdieu ainda define habitus “como o sistema dos esquemas interiorizados que permitem engendrar todos os pensamentos, percepções e as ações características de uma cultura” (1988, p. 349).

O habitus se sustenta através de esquemas generativos que antecedem e orientam a ação, por um lado, e estão na origem de outros esquemas generativos que presidem a apreensão do mundo enquanto conhecimento, por outro. Desta forma, para Bourdieu o princípio da estruturação das experiências escolares se dá pelo habitus adquirido na família e o habitus transformado pela escola está no princípio da estruturação de todas as outras experiências (BOURDIEU, 1972 apud ORTIZ, 1983, p. 18)⁴.

Se quisermos, portanto, identificar os processos culturais de nossa população sobre o processo saúde-doença e o que estas pessoas pensam sobre promoção da saúde e até mesmo a possível “preferência” por modelos curativos devemos entender e trabalhar o conceito de habitus de Bourdieu que, certamente, nos ajudará com a reflexão da prática para melhorar as condições de participação popular nas ações primárias do sistema de saúde. Devemos também entender, na sociedade a ser estudada, as circunstâncias do passado que levaram à construção do hábito de valorização e preferência pelas ações curativas.

Portanto, é hora de reconduzirmos o “paciente” ao centro da relação com os Serviços de Saúde, superando a visão tradicional entre médico e paciente, partindo assim para uma relação de sujeitos que são diferentes, porém ativos neste processo.

Nessa relação de sujeitos que são diferentes é o paciente quem vai dar a decisão final sobre seu tratamento, ou sobre comportamentos de adesão às ações preventivas. Então, trazer sua cultura para esta relação, pode ser o grande diferencial se quisermos sua colaboração em ações de prevenção e promoção da saúde. Para isso é importante conhecer e “traduzir” o que nossa população- e até mesmo os próprios profissionais de saúde- pensam sobre processo saúde-doença, medidas de prevenção e adoção de

⁴ BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève: Droz, 1972.

hábitos que melhorem sua qualidade de vida. Essa tradução poderá facilitar o diálogo e as negociações entre profissionais da saúde e usuários do SUS.

4 CULTURA E SAÚDE

Segundo Oliveira (2002) nos últimos anos a utilização de outras áreas do conhecimento, na área da saúde, tem sido intensificada e as Ciências Sociais têm contribuído de forma fundamental para a compreensão do processo saúde/doença. Ainda segundo este autor é importante que se reconheça que, a cada encontro profissional, existe também um encontro de culturas. Por traz de cada paciente existe uma cultura ou habitus que dá sustentação à percepção que ele tem de sua doença e também dos sistemas de saúde.

De acordo com Kleinman (1980 apud OLIVEIRA, 2002, p. 68)⁵, estudos da nossa própria sociedade e investigações comparativas devem iniciar contemplando a atenção à saúde como um sistema que é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado. Não adianta apenas introduzir tecnologia biomédica de ponta sem que haja mudanças culturais, econômicas e sociais. Ou seja, existem fatores externos à medicina – especialmente quando se trata de populações quantitativamente maiores ou culturalmente distintas – que devem ser considerados. A cultura deve ser resgatada para o centro da relação que se estabelecerá entre indivíduos e Serviços de Saúde e isto desencadeará uma série de implicações na forma como este relacionamento será concretizado (OLIVEIRA, 2002).

Entre os objetivos principais da Antropologia podemos elencar: sua preocupação em fundamentar a necessidade da reflexão cultural no contexto das ciências da saúde; a valorização da centralidade da pessoa, enquanto sujeito cultural e social nesse processo; o discurso de seus atores nos processos relativos à prevenção e promoção da saúde e a prestação de cuidados; e por fim, a transmissão e contribuição que a Antropologia Médica, nas suas duas correntes, filosófica e cultural, oferece à Saúde Pública (SOARES DA COSTA, 2010).

Segundo Geertz (1997, p.225): “[...] analisar as formas simbólicas – palavras, imagens, instituições, comportamentos – em termos das quais os homens (*peoples*) se representam, para si mesmos e para os outros”. Desta forma temos então que os signos devem ser interpretados contextualmente, pois nos informam sobre significados determinados social e culturalmente. Tão importante quanto conhecer o fato é entender como estes fatos se constroem e qual o seu valor na vida das pessoas de uma determinada sociedade. Neste sentido e, ao longo do tempo, a sociedade e os usuários dos Serviços de

⁵ KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

Saúde constroem percepções em relação às ações ofertadas pelo Sistema que precisam ser “traduzidas”. Para isto a contribuição da antropologia é de fundamental importância e cada vez mais é chamada para refletir criticamente nesta área em especial.

Vejo como necessário e urgente o rearranjo na organização dos Serviços de Saúde brasileiro, onde, as ações que são ofertadas à população, não sejam pensadas e construídas apenas na visão dos membros da equipe, de forma unilateral. Segundo Oliveira (2002, p.70) “[...] os Serviços de Saúde são “equipecêtricos”, um tipo particular de etnocentrismo, em que a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros.

A esta forma de desrespeito ao usuário do SUS podem estar ligados comportamentos de não aceitação às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças propostas pela atenção primária. Fica claro, então, que a relação entre pacientes e Serviços de Saúde passa a ser uma relação de conflito, havendo a necessidade de se lutar por reconhecimento.

Deve existir uma tensão moral que desencadeie os conflitos numa sociedade. Atribuo esta tensão moral ao descompasso de expectativas, formas conceituais e falta de autonomia existentes entre usuários e prestadores de serviços de saúde. Desta forma penso ser possível recorrer ao paradigma do reconhecimento de Axel Honneth – pensador social vinculado à teoria crítica da sociedade na tradição de Horkheimer e Habermas – para contribuir na reflexão destes conflitos sociais que, ao meu ver, colocam em risco a participação popular nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Honneth (2003, p. 18) explica que a base da interação social é o conflito. Para ele:

[...] interessam-lhes aqueles conflitos que se originam de uma experiência de desrespeito social, de um ataque à identidade pessoal ou coletiva, capaz de suscitar uma ação que busque restaurar relações de reconhecimento mútuo ou justamente desenvolvê-las num nível evolutivo superior.

Destaca-se ainda que, no modelo proposto por Honneth, a forma de autonomia é intersubjetiva, ou seja, é assegurada por relações sociais de reconhecimento em que sujeitos reconhecem e são reconhecidos.

A análise da formação da identidade prática do indivíduo permite a reconstrução da lógica dessas experiências do desrespeito num contexto de relações de reconhecimento.

Em sua obra “Luta Por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais” Honneth (2003) discute a relação entre: os três estágios de desenvolvimento da formação da identidade individual; as três formas de reconhecimento e as formas de desrespeito ou rupturas que violam as três formas de reconhecimento.

Baseando-se na psicologia social de George Herbert Mead (1950) e no trabalho de Hegel (período de Jena), Honneth (2003) explica a formação da identidade como um processo intersubjetivo e constante de luta por reconhecimento mútuo entre parceiros de interação. Assim é possível que as pessoas desenvolvam três formas de relação consigo mesmas, através de três tipos de interação social:

- autoconfiança, que é adquirida nas relações de afeto;
- auto-respeito, adquirido nas relações jurídicas de direito e
- auto-estima, adquirida em um grupo definido pela solidariedade social quando o indivíduo é reconhecido como diferente dos outros, porém, com habilidades e particularidades que contribuem para projetos compartilhados.

Para explicar lutas históricas por reconhecimento, Honneth (2003) relaciona às formas positivas, três formas de desrespeito ou ruptura nas relações de reconhecimento, onde mostra que experiências de desrespeito podem servir de motivação moral para a luta entre indivíduos:

- Violação: nesta situação o indivíduo perde a confiança na sua identidade básica que é um sentimento necessário para um sentido saudável de autoconfiança;
- Privação de Direitos a cidadãos que são iguais, o que afeta o autorespeito, e
- Degradação: quando o indivíduo não recebe a estima social necessária para completa compreensão de suas capacidades.

Observando a prática diária dos Serviços de Saúde em nosso país, podemos reconhecer algumas destas formas de desrespeito com os usuários que procuram por assistência. As constantes insatisfações, por parte da população, seu desinteresse em programas que trabalham promoção de saúde e prevenção de doenças, o modelo ainda autoritário do profissional de saúde e a não valorização da dimensão sócio-cultural da população no seu entendimento do processo saúde-doença retratam o conflito atual e diário existente no modelo de atenção a saúde.

No entanto, também percebemos insatisfações, por parte dos trabalhadores da área da saúde. A constante falta de materiais e equipamentos para execução adequada de suas funções, ambientes precários de trabalho, stress gerado pelo grande volume de atividades a serem cumpridas, baixos salários são alguns dos fatores que parecem contribuir para a insatisfação desses profissionais. Essas circunstâncias freqüentemente levam a acidentes, doenças ocupacionais e mau atendimento ao usuário dos serviços de saúde.

Nesse sentido é fundamental que se compreenda as relações entre o trabalho desses profissionais e o processo saúde-doença, dessa vez no contexto do mundo do trabalho.

Considerando que as condições de vida e de trabalho determinam as formas de adoecer e morrer de grupos da população – incluindo os trabalhadores - as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde (Brasil, 2002).

Assim como a população usuária dos serviços de saúde, os trabalhadores dessa área também deverão ser beneficiados com estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas ações devem proporcionar adequações necessárias para melhorar a realidade social do trabalhador.

Penso que, dessa forma, parte do conflito existente entre população e profissionais da saúde possa ser resolvido no sentido do restabelecimento de uma relação de confiança, respeito e de solidariedade.

Honneth, citando Hegel e Mead, destaca nos dois pensadores que, para encontrar reconhecimento na sociedade moderna, os sujeitos precisam ser autônomos e individualizados. Precisam se sentir autoconfiantes, pois:

[...] sem a suposição de uma certa medida de autoconfiança, de autonomia jurídica e de segurança sobre o valor das próprias capacidades, não é imaginável um êxito na auto realização, se por isso deve ser entendido um processo de realização espontânea de metas de vida autonomamente eleitas (2003, p.273).

Ainda para o autor a liberdade de auto realização não depende somente do próprio sujeito, mas sim da ajuda de seus parceiros de interação. Desta forma os diversos padrões de reconhecimento são condições intersubjetivas às quais precisaremos recorrer quando desejarmos explicar as condições e estrutura de uma vida bem sucedida. Esta, por sua vez, inclui também o padrão de reconhecimento de uma solidariedade social, que só pode nascer das finalidades partilhadas em comum.

Importante também ressaltar que os objetivos e desejos da população quanto à reorganização dos serviços superem as necessidades individuais e se tornem objetivos coletivos. Vejo como necessária a participação ativa de representação da comunidade nas decisões políticas voltadas à área da saúde. Talvez assim seja possível restituir o auto respeito perdido pelos indivíduos ao longo dos tempos. Honneth (2003, p. 258), afirma que

[...] o surgimento de movimentos sociais depende da existência de uma semântica coletiva que permite interpretar as experiências de desapontamento pessoal como algo que afeta não só o eu individual mas também um círculo de muitos outros sujeitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A valorização dos aspectos culturais da população atendida pela ESF, do Ministério da Saúde, pode ser uma estratégia de grande valor quando se deseja a adesão efetiva dos usuários nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

O que as pessoas pensam sobre o processo saúde-doença deve ser interpretado à luz dos fatos e informações que serão recolhidos pelos pesquisadores de campo. Importante também é entender como e porque as pessoas agem de maneiras peculiares e diversas dentro do atual modelo de assistência à saúde. Portanto trabalhos acadêmicos nesta área continuam sendo de importância para mudança de nossa realidade.

O trabalho realizado pelas equipes de saúde da família, em especial pelos agentes comunitários, quando em coleta de dados nas visitas domiciliares, deve ser cada vez mais valorizado quando se pensa em estruturar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Estes profissionais estão em estreito contato com a população e podem trazer informações culturais de relevância para a tradução das necessidades da comunidade, assim como para a reorganização dos serviços de saúde, desde que devidamente capacitados para isto e em consonância com todos os outros integrantes da equipe de saúde.

O efetivo cumprimento e o desenvolvimento de mais ações voltadas para a Saúde do Trabalhador devem fazer parte da agenda de negociações da atenção básica.

Pertinente se faz a inclusão de discussões de aspectos das Ciências Humanas dentro da grade curricular dos cursos de nível superior voltados à área da saúde, como já acontece em algumas universidades. Temas e disciplinas acadêmicas devem oferecer, de forma mais ampla e frequente, a oportunidade de reflexão cultural e sociológica em saúde e a possibilidade de articulação teórico-prática que justifiquem um novo modelo de planejamento das ações de saúde.

A leitura da obra de Axel Honneth poderá contribuir para aprofundar ainda mais a reflexão sobre a natureza dos conflitos sociais assim como auxiliar no enfrentamento da crise atual existente no sistema de saúde.

A discussão e análise da noção de habitus, de Pierre Bourdieu, facilitará o entendimento deste conceito dentro da dimensão cultural em saúde, retomando construções e valores do passado para entender o presente.

Ao apresentar este trabalho espero ter contribuído com a reflexão da importância de valorizar o universo cultural da população – seu discurso, sua intervenção e atuação em todos os momentos de formulação de políticas públicas - na adesão efetiva às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Por último a reorganização das ações de saúde, por parte dos serviços, deve levar em consideração não só a cultura dos usuários, mas também a dos próprios

trabalhadores e suas condições de trabalho, incentivo a pesquisa na área de promoção da saúde, discussões acadêmicas que englobem as Humanidades e capacitação das equipes de saúde da família no sentido de desenvolver uma escuta mais cuidadosa de seus usuários, voltada para a identificação e tradução das necessidades integrais dos indivíduos, dentro de seus culturais em saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDERY, M. A. P. A. et al. *Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica*. Rio de Janeiro: EDUC, 1996.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 mar. 2006. Seção 1, p.138
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Temático Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Painel de indicadores do SUS, 4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de atenção básica, 5).
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CUSTÓDIO, M. I. F. Antropologia e saúde. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, v. 7, n. 82, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/082/82custodio.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2010.
- EVANS-PRITCHARD. E. E. A bruxaria é um fenômeno orgânico e hereditário. In: _____. *Bruxaria, oráculos e magia entre os azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 37-55.
- GEERTZ, C. Como pensamos hoje: a caminho de uma etnografia do pensamento moderno. In: _____. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. cap. 7, p. 220-245.
- GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. cap. 1, p. 13-41.
- HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.
- LAPLANTINE, F. Modelo exógeno e modelo endógeno. In: _____. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes 1991. p. 67-94.
- LEAVELL, H. R.; CLARCK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: _____. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 215-236.
- OLIVEIRA F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 6. n.10, p. 63-74, fev. 2002.
- OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.
- OLIVEIRA, R. C. (Org.). *Marcel Mauss antropologia*. São Paulo: Ática, 1979.

ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 7-36.

SILVA A, G. R. As origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 91-4, 1973.

SOARES DA COSTA, C. A. S. Antropologia e saúde: algumas considerações. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Málaga, n. 4, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/04/casc4.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2010.

TAYLOR, P. et al. *Knowledge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community*. *Social Sciences & Medicine*, Oxford, v. 24, n. 7, p. 607-611, 1987.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPS. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPS, 1996. cap. 37-44.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez. 1994

VIANNA, L. A. C. *Processo saúde doença: módulo gestor*. [São Paulo], [2010?]. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_6.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

