

SIGNIFICADOS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, EM SANTOS-SP, DE ACORDO COM A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marcelo Pereira de Brito

Doutorando pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)

Eunice Nakamura

Doutora em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado junto ao Centre de Recherche Médecine, Santé, Santé Mentale et Société (CERMES 3 - Université Paris Cité). Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista

Resumo: A Atenção Básica (AB) aparece como principal norteadora das ações em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo entre suas prerrogativas o trabalho em equipe multidisciplinar com foco no usuário, nas famílias e comunidades onde é inserida. No entanto, o contexto histórico das práticas em saúde no Brasil tem evidenciado que a AB não se consolida no país sem contradições. Alguns dos seus princípios, como a integralidade, surgem no encontro clínico entre médicos e pacientes ainda fortemente marcado pelo discurso e prática biomédicos. O objetivo deste estudo foi compreender os significados sobre a produção do cuidado na relação médico-paciente, da perspectiva dos usuários. Para tanto, foi realizada uma pesquisa etnográfica, com acompanhamento e observação de seis reuniões de uma equipe da unidade de ESF do bairro de Areia Branca, na zona Noroeste de Santos-SP; e entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado, com cinco usuários atendidos por essa equipe. O acompanhamento das reuniões nos permitiu constatar a dinamicidade das atividades oferecidas pela unidade de ESF de Areia Branca. Na análise das entrevistas, destacaram-se significados sobre a produção do cuidado na relação médico-paciente e a compreensão dos usuários desta.

Palavras-chave: Relação médico-paciente; Estratégia Saúde da Família; Significados; Atenção Básica.

Abstract: Primary Health Care (PHC) appears as the main guide of health actions in the Family Health Strategy (FHS), having among its prerogatives multidisciplinary teamwork focused on the user, families and communities where it is inserted. However, the historical context of health practices in

Brazil has shown that PHC is not consolidated in the country without contradictions. Some of its principles, such as integrality, arise in the clinical encounter between physicians and patients still strongly marked by biomedical discourse and practice. The aim of this study was to understand the meanings about the production of care in the doctor-patient relationship, from the perspective of users. For this, an ethnographic research was carried out, with monitoring and observation of six meetings of a team of the FHS unit of the Areia Branca neighborhood, in the Northwest zone of Santos-SP; and in-depth interviews, with semi-structured script, with five users attended by this team. The follow-up of the meetings allowed us to verify the dynamicity of the activities offered by the Areia Branca FHS unit. In the analysis of the interviews, meanings about the production of care in the doctor-patient relationship and the understanding of the users of the doctor stood out.

Keywords: Doctor-patient relationship; Family Health Strategy; Meanings; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A temática acerca da produção do cuidado em saúde tem sido muito relevante para um maior entendimento sobre a importância da dimensão cuidadora nos diferentes modelos assistenciais, principalmente em se tratando dos questionamentos e reflexões propostos aos diferentes aportes tecnológicos e abordagens dos problemas de saúde presentes nestes modelos (Merhy, 2002).

Em se tratando dos vários modelos assistenciais surgidos ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, ganha destaque o debate em torno da Atenção Básica (AB), tida como principal modelo à reordenação, organização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva Jr.; Alves, 2007).

Nesta perspectiva, a AB aparece como um modelo assistencial que pode nos revelar como se organizam as ações de atenção à saúde, em seus aspectos tecnológicos e assistenciais, para resolver os problemas de saúde da população (Silva Jr.; Alves, 2007) e, portanto, cujos princípios são considerados fundamentais à análise e entendimento das relações necessárias, como também para a compreensão frente aos diferentes contextos e atores que permeiam a produção do cuidado em saúde.

Isto posto, dentre as várias possibilidades de estudo frente ao tema da produção do cuidado, o presente trabalho se apresenta com o objetivo de

compreender e analisar os distintos significados atribuídos na e pela relação médico-paciente, da perspectiva daqueles que usufruem do cuidado, isto é, os usuários, situados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Santos-SP. Entretanto, faz-se necessária uma delimitação teórico-reflexiva, a fim de que seja possível um melhor entendimento da proposta aqui delineada.

Assim, faz-se relevante trazer algumas considerações sobre a AB no Brasil e sua articulação através da Estratégia Saúde da Família (ESF), tida esta como principal modelo da AB, a qual propõe a perspectiva de ser um modelo reordenador da assistência à saúde no SUS (Andrade; Barreto; Bezerra, 2006; Mendes, 2012).

Nem sempre a AB foi prioridade no discurso político do Brasil pois, mesmo nas décadas de 1970 e 1980, quando ganharam visibilidade as propostas de extensão de cobertura e a temática da AB, “havia forte preocupação do movimento reformista de saúde com o debate da restrição de cobertura e focalização”, já presente na esfera internacional (Borges; Baptista, 2010, p. 32). Entretanto, ainda que se tornasse uma prioridade, os esforços do movimento sanitário em relação à AB focaram-se em aspectos mais gerais referentes às políticas e direitos à saúde.

Deste modo, a AB tornava-se um dos principais aportes teórico-práticos para a efetividade do sistema de saúde brasileiro, guiado por diretrizes como acesso e cobertura universal; atenção integral e integrada; ênfase na promoção e prevenção; atenção apropriada (foco na pessoa e suas necessidades sociais e de saúde); orientação familiar e comunitária; recursos humanos apropriados, entre outros (Andrade; Barreto; Bezerra, 2006).

Com a formulação da Constituição de 1988 e criação do SUS, adotou-se para o sistema de saúde pública brasileiro a descentralização como uma de suas diretrizes organizativas, de acordo com o princípio da integralidade, com vistas à reorientação do modelo assistencial, através da introdução e implementação da AB no país, por intermédio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, posteriormente, com o Programa Saúde da Família (PSF) (Mendes, 2012).

A criação do PSF, em 1994, caracterizou mais um importante passo rumo à reorientação do modelo assistencial, através da AB, mediante redirecionamento das ações em saúde, afirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (Andrade; Barreto; Bezerra, 2006).

Entretanto, o PSF configurava um programa de AB bastante limitado, uma vez que os esforços do Ministério da Saúde ainda se concentravam em questões relacionadas ao financiamento e à descentralização do sistema de saúde, em detrimento do enfoque a uma produção do cuidado em saúde adequada e condizente com as diretrizes da AB, não se dando ênfase à viabilidade e institucionalidade deste modelo assistencial (Borges; Baptista, 2010).

Em 2011, o PSF passa a ESF, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território, com foco no trabalho multi e interdisciplinar (Oliveira, 2013). Enfatiza-se, também, a participação social, com o intuito de promoção de autorresponsabilidade e autonomia dos usuários em seus processos de saúde-doença (Starfield, 2002).

Em vista disto, a ESF buscou sua consolidação através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Mendes, 2012), o qual, mesmo com uma visão política limitada, passava a ganhar maior visibilidade, tornando-se o argumento político medular para reorientação do modelo assistencial, buscando sua afirmação como principal estratégia articulada aos princípios reformistas e aspirando a garantia da universalidade e integralidade da atenção à saúde (Borges; Baptista, 2010).

No entanto, em se tratando da organização e dinâmica de trabalho das equipes de saúde na AB, nada garante que as estratégias da ESF, venham a romper com o modelo biomédico hegemônico, já que as mudanças preconizadas por parte do governo centram-se na estrutura dos serviços, em detrimento de uma operação focada nos microprocessos do trabalho em saúde, ou seja, seus contextos, os quais definem o perfil da assistência oferecida (Franco; Merhy, 1999).

Portanto, julga-se como relevantes e necessários estudos que impliquem em determinada(s) compreensão(ões) sobre como este modelo assistencial vem sendo empregado nos distintos contextos em que fora inserido, como é o caso do estudo aqui delineado acerca da produção do cuidado e seus diálogos com os princípios e diretrizes da AB frente à relação médico-paciente. É o que procuraremos delinear teórico-reflexivamente adiante.

Por uma produção subjetiva do cuidado em saúde para a AB e ESF: as tecnologias relacionais como componentes-chave para uma prática em saúde usuário-centrada

Há uma equivocada ideia de que os processos de trabalho na ESF seguem um padrão normativo que uniformiza as condutas dos trabalhadores, de acordo com regras estabelecidas em suas diretrizes. Os trabalhadores dentro de uma equipe de ESF, pelo contrário, agem de forma singular na produção do cuidado, ou seja, de maneiras diferentes entre eles, mesmo que regidos por uma diretiva normatizadora (Franco; Merhy, 2013).

Isto posto, pode-se dizer que as regras colocadas para o funcionamento da ESF influem as atividades dos trabalhadores dentro de limites bastante circunscritos tido que, enquanto postos frente a situações de trabalho, em relação com os usuários, são os próprios trabalhadores em ato que definem como este cuidado se realiza, trazendo grande dinamicidade aos níveis de gestão, no que diz respeito à influência exercida sobre a ação cotidiana dos profissionais da saúde em suas respectivas práticas (Franco; Merhy, 2013).

Logo, o reconhecimento das competências de cada profissão, a necessidade de espaços coletivos de produção do cuidado em saúde e a valorização do diálogo podem corresponder a importantes ferramentas para auxiliar a criatividade e reflexão dos sujeitos (profissionais e usuários) e da comunidade sobre os problemas de saúde em seus respectivos contextos (Silva *et al.*, 2012). Assim sendo, infere-se que o(s) modo(s) de produção do cuidado apresenta-se de maneira proveitosa no âmbito de sua micropolítica, ou seja, seu contexto, mediante um olhar capaz de averiguar a complexidade que envolve o modo operativo de cada trabalhador em sua ação cotidiana, como ocorre na relação médico-paciente, ação esta produzida subjetivamente em ato, que produz o cuidado em saúde e, concomitantemente, o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo (Franco; Merhy, 2013).

Deste modo, no que se refere à multiplicidade de atores e contextos que perpassam a relação entre profissionais e usuários na AB e corroborada por debates acerca da integralidade e humanização na atenção à saúde, a noção de cuidado tem sido abordada com afinco na Saúde Coletiva, embasada por reflexões que colocam em destaque as características intersubjetivas do cuidado no contexto da atenção à saúde (Spink, 2015).

Tal perspectiva traz grande riqueza analítica para o estudo das relações entre usuários e profissionais da saúde na AB, entre elas a relação médico-paciente na ESF, pelo fato de serem as características intersubjetivas e de intervenção de um sujeito sobre outro, fatores que

constituem a essência do trabalho em saúde, variando de acordo com os diferentes contextos histórico-sociais, os quais podem aproximar ou afastar as margens de solidariedade e do cuidado com a vida (Sá, 2009).

Consideramos, portanto, ser a produção do cuidado, nos processos de trabalho em saúde, sempre relacional e intercessora, isto é, produzida na relação entre sujeitos no espaço das suas interseções, configurando um produto que existe para os dois, trabalhador e usuário, em ato, inexistindo sem o momento da relação em processo (Merhy, 2002).

Assim, este processo relacional opera fomentando a conexão entre os muitos usuários, pessoas, trabalhadores e coisas, que se assentam no plano do processo da produção do cuidado, sendo partes constituintes deste, bem como compoem uma rede que se concebe na informalidade do cotidiano de uma equipe ou unidade de saúde (Franco; Merhy, 2013).

Por conseguinte, sendo a produção do cuidado em saúde relacional, a relação médico-paciente inclusa, esta configura-se em um processo de subjetivação para os indivíduos nela implicados, corroborando a geração de novos territórios existenciais e levando à elaboração de novos mundos para estes, em um processo simultâneo de elaboração de si mesmo (Kastrup, 2007), sendo estes territórios existenciais o que cada um tem dentro de si, significando e interagindo com o mundo à sua volta (Rolnik, 2006).

À vista disso, pode-se depreender que o perfil do cuidado na relação médico-paciente não é definido pela estrutura física onde se realiza o cuidado em si, mas também pelo território existencial onde o trabalhador de saúde inscreve-se como sujeito ético-político, ou seja, a produção do cuidado dar-se-á através do modo de ser no mundo pelo(s) sujeito(s), independentemente de onde ele estiver desempenhando seu processo de trabalho (Franco; Merhy, 2013). Assim, na dimensão operativa das práticas em saúde, faz-se relevante designar-se como cuidado um ato terapêutico que almeje, em todo o seu processo, seu sentido existencial (Ayres, 2004).

Ganham evidência, neste prisma, as ideias desenvolvidas por Gadamer (1997), o qual valoriza a totalidade hermenêutica como importante guia para uma reflexão existencial a ser sobreposta aos distintos significados das técnicas e artes de curar, de adoecer e do conhecimento científico em saúde. Tal perspectiva, por que permeada por um potencial hermenêutico, traz bastante riqueza para a reflexão sobre as práticas de saúde, principalmente acerca da noção de projeto existencial para as práticas humanas (Ayres, 2004), em nosso caso, uma produção da saúde na relação médico-paciente enquanto sinônimo de produção do cuidado e não como produção de procedimentos (Merhy, 2002).

Deste modo, destacamos a produção do cuidado como geradora de novos territórios existenciais, de novos mundos e indivíduos em relação, mas também como uma formuladora de projetos existenciais que fomentam o estabelecimento de vínculos, acenando para um trabalho de manejo em saúde que traz diferentes sentidos e significados para as preocupações de saúde e da vida daqueles que do cuidado usufruem (Kastrup, 2007; Ayres, 2004).

Assim, são traçados possíveis adornos para uma reformulação das práticas da saúde, pautadas em tecnologias mais relacionais e centradas nos usuários (Franco; Merhy, 2013), como vem sendo preconizado pela ESF enquanto uma das principais políticas estratégicas do SUS para a reordenação do modelo assistencial em saúde, através da AB, sendo assim, de extrema relevância para a análise da relação médico-paciente (Andrade; Barreto; Bezerra, 2006).

Perspectivas socioculturais sobre a produção do cuidado e suas possíveis interlocuções com a relação médico-paciente

Neste sentido, ao procurarmos estabelecer uma conexão da perspectiva sociocultural à produção do cuidado, na AB e ESF, faz-se relevante tratarmos da temática da relação médico-paciente, já que, mesmo que a ESF tenha sido implementada com o intuito de promover uma mudança no modelo assistencial de saúde, guiando-se por princípios como a integralidade, primeiro contato e acolhimento, por meio do estabelecimento de vínculos (Andrade; Barreto; Bezerra, 2006; Oliveira, 2013), tal política de saúde tem caráter sistêmico e processual, isto é, dá-se ainda à consulta médica uma dimensão central na Medicina da Família e Comunidade (Lopes; Curra, 2013).

Dentre outros motivos às questões apontadas, sobressai o fato de que, por uma perspectiva sócio-histórica, diferentemente de outras profissões, o médico não perdeu a hegemonia do saber e do fazer com a consolidação do modelo capitalista. Ao contrário, com o progresso científico e uma exagerada valorização da ciência e racionalização dos saberes, a medicina consolidou-se ainda mais em seu exercício tendo como elemento central de sua prática o doente (e a doença), o qual perdeu suas dimensões sociais e subjetivas, para se tornar objeto de um saber cientificamente reconhecido (Schraiber, 1993).

Deste modo, a relação médico-paciente configurou-se, historicamente e no plano sociocultural, de maneira assimétrica, corroborada por uma distribuição desigual de autoridade decorrente da

racionalidade e tecnicidade proeminentes nesta relação, incitando certa passividade e dependência do paciente perante o médico (Soares; Camargo Jr., 2007).

A noção de assimetria presente na relação doente-médico foi abordada pelo sociólogo Luc Boltanski, o qual apontou, por meio de um estudo realizado na França, como atos e representações, que constituem as práticas de saúde, estão imbricadas a uma estrutura de classes. O autor evidencia diversos aspectos presentes nessa relação, como a barreira linguística que separa o médico do doente das classes populares, a atitude autoritária que o médico pode utilizar na terapêutica, as diferentes regras de higiene, bem como as diferentes significações que o consumo médico pode ter diante de pacientes pertencentes a diferentes classes sociais (Boltanski, 2004).

Por consequência, em seu desenrolar histórico, a hegemonia do discurso biomédico autorizou, em certa medida, que a medicina se tornasse uma “cultura global”, outorgando uma moralização da doença. Nesta perspectiva, a medicina, em especial a ocidental, desenvolveu-se como uma nova normatividade, que permite recompensar a obediência, punir a transgressão, medir a ignorância e lutar contra as medicinas não oficiais, intervindo, cada vez mais, nos domínios mais extensos da vida cotidiana (Laplantine, 1991), dentre elas a produção do cuidado em/na relação médico-paciente.

Merhy (2002), julga ser o ato de cuidar a “alma” dos serviços em saúde, o qual deve ter como prerrogativa maior a defesa radical da vida individual e coletiva, não tendo como principal objeto a cura ou a promoção de saúde e prevenção de doenças, mas a produção do cuidado, que se constitui como uma “ferramenta” para se atingir a cura e a saúde, objetivos da produção do cuidado. No entanto, o campo da saúde constituiu-se, historicamente, como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, onde o modo médico de agir tornou-se hegemônico.

Como consequência, houve a ascensão de uma produção de procedimentos como cuidado, em detrimento da produção do cuidado em saúde comprometida com a cura e a promoção. Tal fato ocorreu, dentre outros fatores, por uma hegemonia do modelo médico neoliberal, que subordina a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar, subjugando a ação de outros profissionais de uma equipe de saúde a esta lógica dominante (Merhy, 2002).

Com isso, a produção do cuidado em saúde, pode apresentar-se de maneira corporativo-centrada, com a hegemonia do saber médico, ao invés

de usuário-centrada, fazendo com que os pacientes se sintam, muitas vezes, inseguros, desamparados, desprotegidos, desrespeitados (Merhy, 2002), o que fere profundamente os princípios da AB, como a integralidade e o acolhimento, não estimulando a autonomia dos indivíduos e coletividades, frente a seus processos de saúde-doença, e o estabelecimento de vínculos geradores de “novos” sentidos e significados para a saúde e para a vida daqueles que usufruem do cuidado (Ayres, 2004).

Além disto, algumas contribuições da Teoria Ator-Rede (TAR) demonstram-se pertinentes e dignas de serem aqui colocadas, a saber que esta teoria tem como um de seus pressupostos o princípio de simetria generalizada, onde conhecimento e significado já não são mais uma propriedade exclusiva dos seres humanos, mas produtos e consequências de redes heterogêneas de materialidades e socialidades (Latour, 2004). Entretanto, este princípio, em certa medida, se delinea através da estabilização dos objetos em redes (Souza, 2015).

Como uma inflexão da TAR, Mol (2002; 2008) indica ser a realidade histórica, cultural e materialmente localizada, ou seja, é múltipla. Sendo assim, o aspecto relacional passa a não ser mais delimitado pelas interações face a face, dependendo do contexto onde o cuidado ocorre, alertando para pressupostos ontológicos e resultando em realidades múltiplas nos contextos das práticas em saúde (Spink, 2015).

Consequentemente, sendo a realidade múltipla e produto de práticas sociais, temos que, diferentes formas de performar a realidade acabam por trazer consequências, as quais extrapolam o caráter imediato da ação, acarretando uma conotação política a estes modos de performar (Spink, 2015). Desta maneira, a ideia de “ontologia política” (*ontological politics*), formulada por Mol (1999) pode ser de grande utilidade para o estudo dos significados na produção de cuidado na relação médico-paciente na AB em toda a sua complexidade, frente as diferentes noções de cuidado e contextos que a permeiam, uma vez que a autora une as palavras ontologia, referente a realidades fixas e condições de possibilidades com as quais vivemos, e política, cujo entendimento usual vai em direção àquilo que necessita ser negociado, construído em relação (Souza, 2015; Spink, 2015).

Consequentemente, a proposta dos adeptos à TAR, principalmente Mol, a qual desenvolve a ideia de ontologia política, procura elucidar que há versões diferentes de uma entidade que é dita no singular, por exemplo, a doença (Souza, 2015). E para defender estas ideias, Mol (2002) utiliza a *performatividade*, propondo um retorno à realidade prática na atuação sobre a doença.

Neste sentido, a autora traz as *practicalidades*, materialidades e associações de elementos heterogêneos como possibilidade para diversas maneiras de atuação da doença, ou seja, seria a dimensão prática a responsável por configurar a doença, permitindo a coexistência de diferentes versões desta (Mol, 2002 *apud* Souza, 2015). Podemos, ancorados nestas ideias, supor que a dimensão prática é, também, intendente por configurar a produção do cuidado em saúde, colocando luz à existência simultânea de diferentes versões desta na relação médico-paciente.

Isto posto, Mol (2008) traz importante contribuição diante da dimensão prática na atenção à saúde, colocando em contraste duas maneiras de lidar com a doença, denominadas lógica da escolha, subdividida em duas partes (vertente do mercado e vertente da cidadania) e a lógica do cuidado.

Na vertente do mercado, as pessoas têm o direito de obter aquilo pelo que pagaram, seja através de impostos, no caso do SUS, ou através dos planos de saúde. Assim sendo, as ofertas de saúde ocorrem de acordo com a demanda e os pacientes são denominados “clientes”, onde a atenção à saúde se pauta pela transferência de um produto (Spink, 2015). Na vertente da cidadania, há o incentivo da autonomia do paciente, mediante uma concepção democrática de direito, onde o profissional tem o papel de apenas informar quais opções os pacientes podem contar, para fazerem suas próprias escolhas. No entanto estas escolhas se dão de modo muito complexo, pois a decisão emerge acerca do que é bom (Souza, 2015).

Mol (2008), afirma ser um cidadão aquele que controla seu corpo, possuindo a habilidade de fazer suas próprias escolhas. Por um lado, este discernimento corrobora em uma diminuição do poder profissional e garante a autonomia do paciente, mas por outro pode reforçar o poder profissional, na medida em que a hegemonia do saber biomédico deu ao profissional o domínio dos fatos, em detrimento dos pacientes pautados por valores. A lógica do cuidado, entretanto, ao invés de tratar fatos e valores separadamente, trata-os conjuntamente, fato de extrema importância para o estudo aqui proposto, uma vez que a intervenção ocorre na vida do paciente, logo são seus valores que deveriam contar mais (Mol, 2008).

Outro contraponto, diz respeito à finalidade da prática. Na lógica da escolha o tempo é linear, tendo um início e um fim. Na lógica do cuidado, as variáveis da vida sugerem a necessidade de um processo contínuo, isto é, fluido, cheio de idas e vindas, não podendo ser a atenção à saúde, bem como a produção do cuidado, olhada por uma perspectiva linear (Spink, 2015).

Portanto, o mais importante na lógica do cuidado é o resultado diante de como as tarefas serão divididas entre os diversos atores, humanos e não-

humanos, configurando-se em um processo aberto, no qual o paciente é denominado deste modo porque sofre, não pelo fato de ser passivo diante da prática profissional (Spink, 2015).

Desta maneira, ganha enorme importância a dimensão sociocultural na produção do cuidado em saúde na AB, tido que esta procura valorizar os diferentes modelos explicativos dos indivíduos, trabalhadores e usuários, frente seus respectivos processos de saúde-doença, reconhecendo os significados sociais e culturais atribuídos por estes ao adoecerem (Kleiman, 1980).

Metodologia

Nesta pesquisa buscamos uma abordagem teórico-metodológica que permitisse revelar os significados que os sujeitos, alguns usuários da AB/ESF, atribuem à produção do cuidado na relação médico-paciente, a qual deixou de ser vista por suas características objetivas, focadas nas doenças, passando a ser compreendida e analisada pelos aspectos subjetivos e socioculturais que a permeiam.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa mostrou-se a mais adequada, por abarcar a esfera das relações em saúde, como fenômenos sociais (Minayo, 2000), que se expressam por meio de significados, sentidos, crenças, valores e experiências dos sujeitos, inerentes aos encontros clínicos e aos processos de saúde-doença (Caprara; Landim, 2008).

Partindo da perspectiva de que a percepção da realidade de si e do outro está sempre permeada pela cultura, inclusive em se tratando das concepções de corpo, saúde e doença, consideramos que a produção do cuidado na relação médico-paciente também se encontra permeada pela cultura.

Logo, a partir da definição de que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e sendo a cultura estas teias” (Geertz, 1989, p. 4), é relevante entendermos que a cultura configura a impressão subjetiva da pessoa sobre a realidade, por meio de categorias pré-existentes do universo de sua referência, permitindo classificações e compreensões particulares da realidade, as quais se manifestam em diferentes concepções de corpo, saúde e doença.

Adotando a perspectiva hermenêutica, Caprara (2003) ressalta a importância da abordagem interpretativa nos processos de saúde-doença, como referência necessária ao entendimento dos significados dos

comportamentos e das ações dos indivíduos, na medida em que a cultura produz estruturas simbólicas, metáforas e outras figuras ligadas às doenças.

Sabemos, no entanto, que, em se tratando de uma abordagem etnográfica, vários são os impasses que podem ocorrer, já que aspectos referentes a uma sociedade e cultura particular não se apresentam de maneira superficial, fazendo-se necessária uma observação que permita um olhar mais aprofundado e detalhado sobre os fenômenos (Velho, 1981).

Para esse tipo de observação, é importante a presença de uma forma específica de olhar e ouvir. Sendo uma abordagem que procura dar voz àquilo que os homens falam, é imprescindível o estabelecimento de relações, mas não de qualquer relação. Para que seja feita a análise interpretativa do discurso desse que chamamos o “outro” é importante que se estabeleça uma relação dialógica e empática entre pesquisador e interlocutor (es) para que tais estruturas significantes sejam realçadas (Oliveira, 2006).

Portanto, na análise cultural não se investiga o discurso somente como acontecimento, mas analisam-se os significados presentes no acontecimento de falar, bem como o fluxo de comportamento onde estes significados aparecem, ou seja, em seu contexto (Geertz, 1989).

Nesta ótica, no estudo da produção do cuidado na relação médico-paciente em um contexto da ESF, a dimensão simbólica e cultural apresentou-se como parte constitutiva de todas as práticas em saúde, assim como a perspectiva hermenêutica, a qual nos possibilitou uma abordagem interpretativa nos processos de saúde-doença, como perspectiva fundamental para o entendimento dos significados dos comportamentos e das ações dos indivíduos (Caprara, 2003), tendo-se como referência a dimensão sociocultural como fundante para a interpretação do acontecimento de falar e dos fluxos de comportamento (Geertz, 1989) situados no contexto por nós analisado.

Portanto, buscou-se compreender os significados presentes, da perspectiva dos usuários, bem como aspectos socioculturais relacionados ao contexto em que ela ocorre. Para isto, foram acompanhadas seis reuniões de equipe, entre os meses de Abril e Agosto de 2017 e de acordo com a disponibilidade das equipes de saúde, a fim de compreendermos qual era o contexto, os profissionais de saúde implicados e os principais temas discutidos na ESF pesquisada; e entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado, junto a usuários, para apreendermos suas visões sobre a relação médico-paciente.

Foram utilizados como critérios de inclusão, para seleção dos entrevistados, frequentar a unidade de ESF há, pelo menos, um ano; ser maior de 18 anos; e estar em acompanhamento/tratamento junto à unidade em questão. Ressalta-se que a dinâmica das entrevistas se deu de acordo com o princípio de saturação teórica dos dados. Assim, partiu-se do prisma de que em estudos qualitativos que utilizam entrevistas como estratégia de coleta de dados a saturação é verificada quando os dados, após a análise, apresentam consistência em qualidade e densidade quantitativa (Nascimento *et al.*, 2018).

A pesquisa foi realizada na unidade de ESF do bairro Areia Branca, situada na zona Noroeste da cidade de Santos-SP, que contava, no momento da pesquisa, com duas equipes (equipe 1 e equipe 2), tendo sido escolhida para o acompanhamento das reuniões e identificação dos usuários a equipe 2. Isto posto, a análise das entrevistas e das observações participantes feitas nas reuniões de equipe foi orientada pela perspectiva hermenêutica, que se baseia na compreensão e interpretação dos fenômenos culturais, referindo-se à uma dissertação de mestrado defendida em Março de 2018, junto à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-B.S.), não havendo conflito de interesses entre os autores para divulgação de seus resultados.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e à Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o número CEP Nº 0015/2017. Todos os nomes contidos no tratamento de dados são nomes fictícios, a fim de garantir o anonimato dos interlocutores da pesquisa.

Resultados e Discussão

Foram muitos e férteis os dados obtidos na realização da observação participante, diários de campo e entrevistas realizadas, os quais trouxeram bastantes reflexões acerca da temática trabalhada neste estudo. No entanto, procurou-se dar maior evidência aos achados das entrevistas, por julgar-se estes elementos mais pertinentes a serem abordados no presente estudo.

Porém, faz-se relevante elencar, por exemplo, que as reuniões de equipe acompanhadas, apesar de serem lideradas ora pela enfermeira, ora pelo médico, eram permeadas pela participação ativa de todos os membros da equipe (médico, enfermeira e ACS), indo ao encontro de um dos principais pressupostos da ESF, que é a equipe multi/interdisciplinar, na qual todos os profissionais envolvidos ganham voz, podendo fornecer distintas maneiras de enxergar a assistência à saúde, aumentando o leque de possibilidades de

intervenção, diante das situações propostas no cotidiano dos serviços de saúde (Campos, 2003).

Processos de acolhimento e estabelecimento de vínculos ganharam destaque nas reuniões acompanhadas, com elevado grau de familiaridade, apresentado principalmente pelas ACS, as quais moravam no território onde a ESF oferecia sua assistência, o que permitia, talvez, um contato mais aprofundado com os usuários, remetendo-nos a uma produção do cuidado ocorrendo através do modo de ser no mundo pelo(s) sujeito(s), independentemente de onde ele estiver desempenhando seu processo de trabalho, guiando-se pelo território existencial onde o trabalhador inscreve-se enquanto sujeito ético-político (Franco; Merhy, 2013).

Todavia, como já apontado, dar-se-á maior ênfase aos dados oriundos das entrevistas, que foram realizadas com a participação de cinco usuários da ESF em questão, os quais nos forneceram ricas contribuições para a compreensão da produção do cuidado na relação médico-paciente. Cabe ressaltar, que os nomes dos entrevistados foram modificados para garantir-lhes privacidade em seus relatos.

De início, destacou-se uma alta rotatividade dos profissionais médicos na ESF estudada, ferindo o princípio de longitudinalidade da AB e não apresentando a figura destes profissionais como uma fonte regular de atenção e cuidado, como apontam os relatos a seguir:

Então, a gente vai e consulta com o médico! Aí...passa uns tempinho já nem é mais o médico...já é outro! Só que a gente às vezes a gente acostuma com aquele médico...Que tá sabendo já do teu caso...aí você já tem que passar tudo pra outro, né? Então eu achava assim, que devia ter um médico fixo pra tratar daquilo, né? (Valência).

Era médica! Agora o nome dela.....esqueci o nome dela...é tanto médico que passa pela unidade, né?! Que a gente.....a gente nota tudo, mas.... (Luana).

E.....daqui de Areia Branca, né?! Mudou muitos médicos daqui....daí....foi mudando....foi mudando os médico, né?! Agora...tem um médico agora que tá, eu tô me tratando com o Dr.....como é...? (Margarida).

Tais relatos nos apontam para uma certa fragilidade na construção e manutenção dos vínculos na relação médico-paciente, fazendo com que os usuários, em certa medida, se sentissem inseguros, desamparados,

desprotegidos, desrespeitados (Merhy, 2002), não configurando, talvez, um sentido existencial, para estes, de que estavam sendo cuidados (Ayres, 2004).

Outro fator que apareceu nos encontros com os entrevistados foi referente às visitas domiciliares (VD) realizadas pelos médicos. Embora demonstrassem certa satisfação com as visitas dos ACS, alguns deles apontaram que gostariam de receber as visitas dos médicos em seus domicílios:

Se..... eles não vão fazer isso, né?! Acho que não..... a gente gosta, né.....é.....é legal pra nós, mas ele não vem não! Nunca, nunca, nunca..... (João Cândido).

Por outro lado, aqueles que receberam VD dos médicos demonstraram grande satisfação:

O ano de 2009 eu tive esse AVC (acidente vascular cerebral), fui bem atendida, tá? Pelo clínico, os médico....veio na minha casa, eles vieram me ver, entendeu? Não deixaram de me ver. Deram muita atenção pra mim, entendeu? Bastante mesmo! (Valência).

Isto nos elucidava sobre a relevância das VD, da parte do médico, como importante fomento à produção do cuidado, na ótica dos usuários. Embora vários sejam os percalços e dificuldades para que estas ocorram no cotidiano da assistência prestada pela ESF estudada, as VD trazem um alto significado simbólico, podendo representar para os usuários um “cuidado especial”, que simboliza um compromisso da equipe, além de fortalecer o vínculo entre o médico, a equipe e o usuário (Borges; D’oliveira, 2011).

Além do mais, as VD pareceram corroborar, em nossa visão, como importantes geradoras de territórios existenciais (Kastrup, 2007), já que podem fomentar o estabelecimento de vínculos e acolhimentos que apontam para uma produção subjetiva do cuidado, para ambas as partes, embebida em sentidos e significados não pautados somente pelas preocupações de saúde, mas também pela preocupação com a vida daquele que usufrui do cuidado, o usuário, que se sente humanizado (Ayres, 2004).

Entretanto, aspectos referentes a exames e diagnósticos surgiram como importantes componentes simbólicos à produção do cuidado na relação médico-paciente:

Faz bem....faz.... eu fico muito bem! Quando eu chego lá ele fala: ah.....tá tudo ótimo! Porque eles abre pra ver direitinho, né? (os exames) aí o médico examina tudo e depois marca pra eu ir lá....aí eu vou! E fala: tudo bem...tudo bem (Valência).

[...] enquanto ele falava, é.....tá melhor?! Fez isso? (terapêutica passada pelo médico). Aí levava o exame que ele passava...né! Eu tenho uma pilha assim de exame! Aí olhava, olhava... Ah, tá bom! Continua com o remédio! Só...Tô mais de cinco ano fazendo a próstata aí! Já fiz exame de toque lá tudo e ele tá.....diz que eu tô bom, então....pra mim é bom, né?!” (João Cândido).

Sobre este tópico, Franco e Merhy (2013) formulam o conceito de “Produção imaginária da demanda”, no qual o usuário deposita no procedimento toda a expectativa de ser cuidado e protegido. Entretanto, alegam tratar-se de um recurso limitado, pois é parte de um complexo processo produtivo da saúde, determinado por processos sociais, técnicos e de subjetivação.

Nesse sentido, alegam ser a satisfação das necessidades dos usuários, associadas a procedimentos (exames, diagnósticos e medicamentos) uma “construção imaginária”, inventada, o que limita o encontro entre pessoas, trabalhador de saúde e usuários, em produzir algo em comum, enquanto sujeitos de um mesmo processo, o cuidado (Franco; Merhy, 2013).

Não doravante, esta representação simbólica que confere significado aos exames/procedimentos atua também no nível dos trabalhadores de saúde, que possuem intrinsecamente em suas atuações o modelo biomédico hegemônico, produtor de procedimentos, conferindo a estes, no mesmo viés, uma “Produção imaginária da oferta” (Franco; Merhy, 2013).

Além disso, houve relatos em que eram os próprios entrevistados quem solicitavam os exames:

.... como eu fico preocupada com isso então eu vou...peço os exame e faço...tá bom! Aí...é de família que eu tive...aí (eu peço exames) de sangue e de urina....aí eu falei tudo bem!” (Vivi).

... aí o médico examina tudo e depois marca pra eu ir lá....aí eu vou! E fala: tudo bem...tudo bem....aí eu falei: olha, tô precisando de remédio de pressão, porque eu vou precisar, né?! Só tenho dois....então eu falei....quando chegou na hora..que eu...que eu.....vou lá e peço pra ele...é isso! (Valência).

Concomitantemente às ideias descritas acima, percebemos, no contexto analisado, certa prevalência da lógica da escolha em detrimento da lógica do cuidado, ora caminhando à vertente do mercado, onde os usuários adquirem os exames e diagnósticos (produtos) por terem direito a estes (Spink, 2015), ora caminhando para a vertente da cidadania, favorecendo a autonomia aos usuários, os quais escolhem o que desejam, dentre as opções ofertadas pelo serviço de saúde (Souza, 2015).

Não doravante, ganha relevância a inflexão da TAR, tido que os exames diagnósticos e medicamentos, na configuração de “objetos” e “coisas” trouxeram, para os entrevistados, importantes aspectos alinhados à perspectiva de autocuidado e autonomia diante de seus processos de saúde-doença, dando vazão para o fato de que outros atores, que não os humanos, podem surgir como conferidores de significados na relação médico-paciente (Latour, 2004).

Entretanto, não podemos deixar de salientar que, embora esse exercício de autonomia e autocuidado seja incentivado e exercido pelos usuários em questão, principalmente na vertente da cidadania, frente aos serviços fornecidos e que vão de encontro às diretrizes da AB, há, em parte, um reforço do poder profissional do médico quando da solicitação destes procedimentos pelos usuários, já que a hegemonia do saber biomédico deu a este profissional o domínio dos fatos e a tomada de decisão acerca do que é bom para a saúde do usuário (Mol, 2008).

Porém, deve-se frisar que, embora feitas as devidas críticas, foram constatados relatos de uma verdadeira construção de confiança e diálogo no encontro clínico, transpassando a dimensão técnica e caminhando para uma produção subjetiva do cuidado da parte do(s) médico(s) e usuário(s) em relação:

...fiquei assim desesperada...né? Eu fiquei preocupada pra num entrar em depressão, sabe? ..então eu vou... procurar um médico, né? Aí conversei tudo e ela disse: Não tem problema...isso vai passar...você vai melhorar...você vai ficar bem...Só me aconselhou bem....quer dizer.....e graças a Deus eu tô indo...não entrei em depressão!Eles ajudam muito a levantar a pessoa, viu? (Margarida).

....então, eu ficava assim, muito ansiosa! Então, ele (o médico) até me ajudou...não só como na parte clínica, mas também emocional, sabe? Ele me deu um apoio tremendo! (Vivi).

Vemos, desta forma, operar a lógica do cuidado, com fatos e valores sendo tratados conjuntamente, mediante uma intervenção na vida dos usuários (Mol, 2008), que foram considerados pacientes porque sofriam, não por serem passivos e/ou dependentes da prática médica (Spink, 2015).

Tais relatos também coadunam com uma produção do cuidado relacional e intercessora, configurando processos de subjetivação para ambos sujeitos no encontro clínico (Merhy, 2002), bem como corroborando em uma conexão entre estes indivíduos como parte constituinte dos processos de saúde enquanto sinônimos de cuidado.

Neste sentido, embora a relação médico-paciente tenha se configurado historicamente de maneira assimétrica, mediante distribuição desigual de autoridade decorrente da racionalidade e tecnicidade proeminentes nesta relação, incitando certa passividade e dependência do paciente perante o médico (Soares; Camargo Jr., 2007), surgiram a existência vínculos geradores de “novos” sentidos e significados para a saúde e para a vida daqueles que usufruíam do cuidado, permitindo-se, em certa medida, o reconhecimento dos significados sociais e culturais atribuídos pelos entrevistados aos seus processos de saúde-doença na relação com os profissionais médicos (Ayres, 2004; Kleiman, 1980).

Um apontamento de extrema relevância à temática aqui esmerada, foi a atuação fundamental dos ACS para os usuários entrevistados:

...eu acho que a diferença do atendimento com o médico, quando a gente chega lá, começa nas agentes de saúde. Porqueelas sabendo os problemas que a gente tem em casa...elas conhecendo melhor a gente...que elas tem contato com a gente....porque o médico não tem! (Valência).

Quando eu chego lá no médico, eu acredito que ele já tenha um....que tem essas reuniões (reuniões de equipe), não é à toa....eu acredito que quando eu chego lá, ele já sabe alguma coisa sobre mim através dela (ACS)! Porque ela já é uma pessoa que já tá há muitos anos... (Vivi).

Assim, ganha extrema importância o fomento à equipe e atuação(ões) multi/interdisciplinar(es), fomentados pela ESF em suas diretrizes organizativas tido que, na percepção dos usuários, são os ACS grandes colaboradores para a qualidade dos encontros clínicos com o(s) médico(s).

Isto posto, ganhou premência a necessidade de valorização das competências de cada profissão e a necessidade de espaços coletivos de produção do cuidado em saúde, não limitando-se ao espaço físico da ESF em

questão, como importantes elementos para a colaboração junto à reflexão dos sujeitos (profissionais e usuários) e da comunidade sobre os problemas de saúde em seus respectivos contextos (Silva *et al.*, 2012).

Logo, a produção do cuidado na relação médico-paciente não apresentou-se limitada a este profissional e nem ao espaço físico onde ocorre o encontro clínico, ratificando a ideia de que o perfil do cuidado não se limita ao espaço onde o cuidado ocorre em si, mas pelo território existencial onde o trabalhador inscreve-se como sujeito ético-político, independentemente de onde ele estiver desempenhando seu processo de trabalho (Franco; Merhy, 2013), fazendo-se relevante a designação de cuidado como o ato terapêutico que busca, em todo o seu processo, seu sentido existencial para os sujeitos em relação (Ayres, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pretende aqui esgotar a discussão em torno da produção do cuidado na relação médico-paciente, nem apontar como deveriam ser realizadas, ou não, as práticas em saúde na AB e ESF. Pelo contrário, o cerne deste estudo é a elucidação e o interesse em demonstrar como as dimensões socioculturais são importantes aspectos para um olhar crítico-reflexivo acerca de como a produção do cuidado, na relação médico-paciente e como um todo, se dá de maneira dinâmica e complexa, dando vazão para o enfoque voltado a estudos de âmbito micropolítico.

Tampouco os achados aqui delineados crítico-reflexivamente limitaram-se ao que se julga como indevido à produção do cuidado em si. Pelo contrário, a intenção aqui contida foi de tratar da produção do cuidado na relação médico-paciente como fortemente relacional e imbricada a diferentes contextos, atores e ações, não restritos ao encontro clínico, espaço físico, onde se dão os encontros entre usuários e trabalhadores, e à temática da saúde, tomando, assim, direcionamentos que extrapolam o caráter meramente técnico da clínica, caminhando em prol da intersubjetividade dos sujeitos em relação, isto é, protagonistas do cuidado e intercessores nas práticas em saúde.

Almejou-se, assim, trazer contribuições àquilo que acredita-se ser o principal objetivo da AB e da ESF, assim como em todas as práticas em saúde, que é a produção do cuidado, sendo a promoção à saúde e à prevenção de agravos as “ferramentas” para que este objetivo seja alcançado, como nos demonstra sabiamente Merhy (2002).

Portanto, torna-se imprescindível o fomento a uma produção do cuidado em saúde embasada, acima de tudo, por tecnologias mais relacionais e usuário-centradas, a fim de permitir àqueles que usufruem do cuidado maior autonomia nos seus modos de andar a vida, assim como um cuidado emancipado do terreno da pura técnica, sendo permeável a novos horizontes terapêuticos, principalmente em se tratando da enorme capilaridade que atinge a ESF e a AB no Brasil.

Deste modo, tais horizontes terapêuticos, desde que fomentados, permitiriam o surgimento de “novos” sentidos e significados às identidades/alteridades presentes nos encontros entre trabalhadores da saúde e usuários e, deste modo, irão instigar constantes processos de subjetivação e surgimento de novos/outros territórios existenciais, que orientarão as práticas de saúde ético-politicamente em todo o seu desenvolvimento prático.

Ganha relevância, nesta ótica, a necessidade de constantes estudos de abordagem qualitativa e de âmbito micropolítico acerca da relação médico-paciente e da produção do cuidado na AB, tido que estes podem nos apresentar as nuances contidas nos microprocessos do trabalho em saúde, dando visibilidade e trazendo riqueza analítica para um olhar voltado para os diferentes e múltiplos contextos que permeiam a AB e ESF, os quais definem o perfil da assistência e do cuidado oferecidos nas práticas de saúde, podendo, assim, fomentar novas e frutíferas intervenções e reflexões para a AB enquanto reordenadora do modelo assistencial do SUS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, L. C. H. C.; FONSECA, C. D. A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. IN: FUNDAMENTOS E PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MEDICINA AMBULATORIAL. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2006. P. 88-100.
- AYRES, J. R. C. M. O CUIDADO, OS MODOS DE SER (DO) HUMANO E AS PRÁTICAS DE SAÚDE. SAÚDE E SOCIEDADE, SÃO PAULO, V. 13, N. 3, P. 16-29, 2004.
- BOLTANSKI, L. AS CLASSES SOCIAIS E O CORPO. SÃO PAULO: PAZ E TERRA, 3. ED. 2004.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: REFLETINDO SOBRE A DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES. TRAB. EDUC. SAÚDE, RIO DE JANEIRO, V. 8, N. 1, P. 27-53, MAR./JUN. 2010.
- BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. THE MEDICAL HOME VISIT AS A SPACE FOR INTERACTION AND COMMUNICATION IN FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA. INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO, V. 15, N. 37, P. 461-72, ABR./JUN. 2011.

-
- CAMPOS, G. W. S. **SAÚDE PAIDÉIA**. SÃO PAULO: HUCITEC, 2003.
- CAPRARA, A. UMA ABORDAGEM HERMENÊUTICA DA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA. **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, RIO DE JANEIRO, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L. O. P. **ETNOGRAFIA: USO, POTENCIALIDADES E LIMITES NA PESQUISA EM SAÚDE**. **INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO**, BOTUCATU, v. 4, 2008.
- FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS. OS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS E PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE**. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL / FCM / UNICAMP. CAMPINAS, 1999.
- FRANCO, T.; MERHY, E. **TRABALHO, PRODUÇÃO DO CUIDADO E SUBJETIVIDADE EM SAÚDE: TEXTOS REUNIDOS**. ORG. TÚLIO BAPTISTA FRANCO, EMERSON ELIAS MERHY – 1. ED. ISBN 978-85-64806-86-3, 361P. SÃO PAULO: HUCITEC, 2013.
- GADAMER, H. G. **O MISTÉRIO DA SAÚDE: O CUIDADO DA SAÚDE E A ARTE DA MEDICINA**. LISBOA, EDIÇÕES 70, 1997.
- GEERTZ, CLIFFORD. “UMA DESCRIÇÃO DENSA: POR UMA TEORIA INTERPRETATIVA DA CULTURA”. IN: **A INTERPRETAÇÃO DAS CULTURAS**. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, p 13-41, 1989.
- KASTRUP, V. O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO NO TRABALHO DO CARTÓGRAFO. **PSICOL. SOC**, v. 19, n. 1, p. 15-22, JAN./ABR. 2007.
- KLEINMAN, A. **PATIENTS AND HEALERS IN THE CONTEXT OF CULTURE**. BERKELEY: UNIVERSITY OF CALIFORNIA, 1980.
- LAPLANTINE, F. **ANTROPOLOGIA DA DOENÇA**. SÃO PAULO: MARTINS FONTES, 1991.
- LATOUR, B. **POLITICS OF NATURE: HOW TO BRING SCIENCE INTO DEMOCRACY**. CAMBRIDGE: HARVARD UNIVERSITY PRESS, 2004.
- LOPES, J. M. C.; CURRA, L. C. D. A IMPORTÂNCIA DO AFETO NA CONDUTA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, RIO DE JANEIRO, v. 8, n. 26, p. 6-10. JAN./MAR. 2013.
- MENDES, E. V. A APS NO BRASIL. IN: **O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**. BRASÍLIA, DF: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; p. 71-99, 2012.
- MERHY, E. E. **SAÚDE: CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO**. SAÚDE EM DEBATE, 145. ISBN: 85-271-0580-2. ED. HUCITEC, SÃO PAULO, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE**. 7. ED. SÃO PAULO: HUCITEC, 2000.
-

-
- MOL, A. ONTOLOGICAL POLITICS. A WORD AND SOME QUESTIONS. IN: LAW, JOHN; HASSARD, JOHN. (ORGS.). **ACTOR NETWORK THEORY AND AFTER**. OXFORD: BLACKWELL PUBLISHING, 1999.
- MOL, A. **THE BODY MULTIPLE: ONTOLOGY IN MEDICAL PRACTICE**. DURHAM: DUKE UNIVERSITY PRESS, 2002.
- MOL, A. **THE LOGIC OF CARE: HEALTH AND THE PROBLEM OF PATIENT CHOICE**. OXFORD: OUTLEDGE, 2008.
- NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. THEORETICAL SATURATION IN QUALITATIVE RESEARCH: AN EXPERIENCE REPORT IN INTERVIEW WITH SCHOOLCHILDREN. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018.
- OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, v. 66, p. 71-164, 2013.
- OLIVEIRA, R. C. **O TRABALHO DO ANTROPÓLOGO**. BRASÍLIA/SÃO PAULO: PARALELO QUINZE/EDITORA DA UNESP. 220 P, 2006.
- ROLNIK, S. **CARTOGRAFIA SENTIMENTAL**. PORTO ALEGRE: ED UFRGS, 2006.
- SÁ, M. C. A FRATERNIDADE EM QUESTÃO: UM OLHAR PSICOSSOCIOLÓGICO SOBRE O CUIDADO E A “HUMANIZAÇÃO” DAS PRÁTICAS DE SAÚDE. **INTERFACE**, BOTUCATU, v. 13, p. 651-64, 2009.
- SCHRAIBER, L. B. **O MÉDICO E SEU TRABALHO: LIMITES DA LIBERDADE**. SÃO PAULO: HUCITEC, 1993.
- SILVA JR., A. G.; ALVES, C. A. MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. IN: MÁRCIA VALÉRIA G. C. MOROSINI E ANAMARIA D. ANDREA CORBO (ORG). **MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA**. EPSJV/FIOCRUZ, 2007. P 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3, RIO DE JANEIRO, 2007.
- SILVA, A. T. C. *ET AL.* NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL. **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, RIO DE JANEIRO, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.
- SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO TERAPÊUTICO COMO VALOR PARA A SAÚDE. **INTERFACE**, BOTUCATU, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007. ISSN 1414-3283
- SOUZA, I. M. A. A NOÇÃO DE ONTOLOGIAS MÚLTIPLAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS POLÍTICAS. **ILHA**, v. 17, n. 2, p. 49-73, AGO./DEZ. 2015.
-

SPINK, M. J. P. CLIENTES, CIDADÃOS, PACIENTES: REFLEXÕES SOBRE AS MÚLTIPLAS LÓGICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE. **SAÚDE Soc.**, SÃO PAULO, v. 24, SUPL. 1, P. 115-123, 2015.

STARFIELD, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA [INTERNET]**. BRASÍLIA, DF: UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002. DISPONÍVEL EM:
[HTTP://WWW.DOMINIOPUBLICO.GOV.BR/PESQUISADETALHEOBRAFORM.DO?SELECT_ACTION=&CO_OBRA=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisadetalheobraform.do?select_action=&co_obra=14609). ACESSO EM: ABR. 2020.

VELHO, G. **OBSERVANDO O FAMILIAR. INDIVIDUALISMO E CULTURA**. RIO DE JANEIRO: ZAHAR, 1981.