

**LÓGICAS DO CUIDADO: SIGNIFICADOS SOBRE A PRODUÇÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA (ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE), EM SÃO PAULO-SP.ⁱ**

**Discente/autor principal: Marcelo Pereira de
Brito (EE-USP-SP)**

**Orientador/co-autor : Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos (EACH-USP-
SP)**

São Paulo
2020

RESUMO

O objetivo deste estudo é o de compreender a produção do cuidado em saúde no contexto de uma unidade de Estratégia Saúde da Família, situada na cidade de São Paulo, almejando-se, por esta via, analisar os significados atribuídos pelos diferentes indivíduos, usuários e profissionais de saúde, que participam da produção de cuidado em saúde na Atenção Básica, assim como as distintas lógicas de cuidado desenvolvidas por estes sujeitos em interação, no município de São Paulo-SP. Para tanto, será desenvolvida uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica com, aproximadamente, 10 voluntários de ambos os sexos, com faixa etária acima de 18 anos, os quais estejam habituados a estes aparelhos públicos de saúde, assim como frequentando-os. Como instrumentos de coleta de dados utilizaremos entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado e observação participante. Espera-se que o estudo contribua para um melhor entendimento dos significados no contexto da produção de cuidado em saúde, e com foco em alguns atributos da Atenção Básica, valorizando-se a dinâmica cultural como produtora de inúmeros significados que, potencialmente, podem vir a ser considerados nas intervenções previstas.

Palavras-chave: Significados. Atenção Básica. Produção de cuidado em saúde.

1. 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.

A AB, no Brasil, configura um destes modelos e surgiu tendo como uma de suas prerrogativas uma abordagem diferenciada dos processos de saúde-doença, apresentando-se como uma possível alternativa ao modelo tradicional de assistência à saúde.

Sendo assim, ganham destaque estudos sobre a produção do cuidado na AB, dada a multiplicidade de contextos onde este modelo assistencial se encontra inserido e a diversidade tecnológica e cultural presentes no SUS e no Brasil como um todo, diante desta política pública de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Em que pesem os vários modelos assistenciais surgidos ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, conforme apontam Silva Jr. e Alves (2007), ressaltamos o debate em torno da AB como principal modelo à organização e implantação do SUS.

Tomamos a AB 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 compreensão das relações necessárias, como também para a compreensão frente aos diferentes contextos e atores (humanos e não-humanos) que permeiam a produção do cuidado em saúde como um todo.

Destacamos também nossa concordância em serem a AB e a Atenção Primária à Saúde (APS) sinônimos (BORGES; BAPTISTA, 2010), seguindo as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), a qual discorre sobre a APS como sendo uma das diretrizes que incorporam a Rede de Atenção Básica, tida como o modelo assistencial preconizado pelo SUS.

A década de 1970, no Brasil, foi marcada pela definição de um Sistema Nacional de Saúde, no qual as atividades de saúde pública ainda estavam desarticuladas da

assistência médica individual. Diante de indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, os profissionais de saúde passavam a recorrer cada vez mais, pautados no modelo biomédico, a exames complexos e custosos para diagnosticar as doenças, em detrimento do cuidado aos doentes. Vale frisar, que esse processo, objeto de análises críticas, também ocorreu internacionalmente (SILVA JR.; ALVES, 2007).

Como exemplo, podemos citar a realização da Conferência de Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), no ano de 1978, onde estabeleceu-se que a AB deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa de reabilitação e de promoção da saúde, conferindo à AB uma posição nuclear no sistema nacional de saúde, tida esta como fundamental ao desenvolvimento econômico e social das comunidades e territórios (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Nesse contexto de hegemonia do modelo biomédico instaurou-se, no Brasil, a proposta de um modelo de AB, defendida por grupos de oposição ao governo militar, principalmente profissionais de saúde e representantes da sociedade civil organizados em movimentos sociais, como uma estratégia de redemocratização da política, que possibilitava ampliar a assistência à saúde para toda a população (SILVA JR.; ALVES, 2007).

A AB apresentava-se, desse modo, como um dos principais componentes para os sistemas de saúde, promovendo grande impacto na saúde e desenvolvimento das populações onde foi adotada (STARFIELD, 2002), almejando uma mudança na prática clínico-assistencial fornecida pelos profissionais de saúde, mediante estratégias de reordenação e organização dos sistemas de saúde, apresentando-se como o primeiro nível de atenção à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Para esta finalidade, a AB guia-se por atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (OLIVEIRA, 2013).

Isto posto, cabe frisarmos que, no Brasil, os princípios e atributos da AB, foram de extrema relevância à construção do SUS e consolidação de suas diretrizes, bem como à implantação de modelos assistenciais, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF), atual ESF, e das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Todavia, a implementação destes modelos, gerou vários questionamentos sobre a efetividade da AB na produção do cuidado em saúde e entraves ainda presentes em sua consolidação como reordenadora do modelo assistencial (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Portanto, faz-se necessário um resgate sobre o modo como as políticas de AB no Brasil se delinearão, a fim de almejarmos um melhor entendimento sobre sua consolidação frente à produção do cuidado em saúde.

Nem sempre a AB foi priorizada no discurso político, 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). Mesmo ao se tornar prioritária, segundo as autoras, 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 pelas seguintes características: 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).

No entanto, a AB, nos anos 1970, apresentava-se mediante programas de extensão de cobertura, como atenção primária seletiva (MENDES, 2011), admitindo-se esta como prioridade por determinados setores da sociedade. Já nos anos 1980, em consonância com uma grave crise da Previdência Social e, posteriormente, com a Constituição de 1988 e criação do SUS, adotou-se a descentralização como uma de suas diretrizes organizativas, de acordo com o princípio da integralidade, com vistas à reorientação do modelo assistencial, mediante introdução e implementação da AB no Brasil, através das UBS e, posteriormente, com o PSF (MENDES, 2012).

A criação do PSF, em 1994, caracterizou mais um importante passo rumo a reorientação do modelo assistencial 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 (M.S.) ainda se concentravam em questões

relacionadas ao financiamento e à descentralização do sistema de saúde, em detrimento do enfoque à uma produção do cuidado em saúde adequada e condizente com as diretrizes da AB, não se dando ênfase à viabilidade deste modelo de atenção à saúde (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).

É importante salientar que, diferentemente do modelo tradicional de assistência à saúde, o modelo proposto na ESF, tem como foco a atenção à saúde e prevenção dos agravos, visando promover uma atenção continuada para a promoção da saúde, através da presença de profissionais trabalhando conjuntamente, em equipes multi/interdisciplinares, cujas responsabilidades giram em torno de uma colaboração intersetorial, pautada em uma horizontalidade entre os profissionais. Enfatiza-se, também, a participação social, com o intuito de promoção de auto-responsabilidade 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 se tornando o principal argumento político 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).

Assim sendo, a resposta à questões como a aproximação dos serviços frente as necessidades sociais e de saúde das populações, a integração de diferentes modalidades assistenciais, o investimento em melhores relações interpessoais, bem como a incorporação de novos atores, saberes e práticas focadas na AB, são fatores que

configuram a busca por um avanço teórico-conceitual e prático na assistência à saúde (FAVORETO, 2008).

Portanto, 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 territórios (SILVA *et al.*, 2012).

Deste modo, cabe frisar que para que as diretrizes da AB sejam ratificadas, a prática dos profissionais deve estar alinhada com noções de território, saúde e cuidado, para além do caráter simplesmente técnico-assistencial. Os contextos socioculturais onde essas práticas ocorrem devem ser considerados em todos os processos presentes na produção de cuidado em saúde (FERREIRA *et al.*, 2010).

Relevante, da mesma maneira, é a necessidade de uma formação específica para a AB, tido que a formação técnica e cultural dos profissionais de saúde ainda é predominantemente voltada para outras especialidades que não a AB, o que pode corroborar em uma produção do cuidado deficiente e não congruente com os atributos e diretrizes deste modelo assistencial (TESSER; NORMAN, 2014).

Disto surge os questionamentos: como almejar uma produção do cuidado em saúde alinhada com as diretrizes da AB diante de profissionais com formação, técnica e cultural, voltada para as especialidades biomédicas?

De que maneira podemos indagar uma produção do cuidado em saúde em consonância com as diretrizes da AB se ainda permanecem a falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico, uma visão vertical dos programas e protocolos que abarcam a prática clínica, enrijecendo e fragmentando o atendimento, o encaminhamento excessivo aos especialistas e urgências, formas muito variáveis de contratação de pessoal, salários e incentivos, os quais não promovem a fixação de profissionais, e a falta de equipes funcionais que se pautem em diferentes funções e responsabilidades (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012)?

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. Para este, o campo da saúde não tem como principal objeto a cura, ou a promoção de saúde e prevenção de doenças, mas produção do cuidado, a qual 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, acaba apresentando-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.

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 frente seus respectivos processos de saúde-doença, reconhecendo os significados sociais e culturais atribuídos por estes ao adoecerem (KLEIMAN, 1980).

Tal perspectiva também nos auxilia apontando que, mesmo que oriundos da mesma cultura, usuários e profissionais de saúde podem observar os problemas de saúde balizados em premissas diferentes, com distintos sistemas de comprovação e modos de avaliação da eficácia do tratamento, haja vista que o modelo biomédico seguiu negligenciando os sintomas subjetivos nos processos de saúde-doença, privilegiando o estudo da doença, em detrimento do indivíduo doente (HELMAN, 2003).

Latour (2012) contribui para a reflexão sobre o tema da produção de cuidado em saúde, apontando a existência de assimetrias na sociedade, as quais não podem ser ignoradas ou tratadas como produtos de inércia, mas sim como frutos de um processo. Considerando o social como sinônimo de associação(ões), julga não ser possível pautar as relações sociais apenas em vínculos e habilidades sociais, na medida em que não existem vínculos e relações de poder duradouros constituídos somente de material social e que outros atores, não somente os sociais, encontram-se nessas relações.

Neste sentido, destaca, entre outros fatores, a presença das “coisas” e “objetos” como importantes colaboradoras na permanência dos vínculos e manutenção das relações de poder (LATOIR, 2012), ampliando o debate acerca das assimetrias presentes nas relações entre profissionais e usuários, ao considerarmos exames diagnósticos, prescrições médicas, medicamentos e as várias tecnologias imbricadas na produção do cuidado em saúde como parte da assistência à saúde.

Em consonância com esta perspectiva, Brito e Nakamura (2018), em estudo referente aos significados atribuídos pelos usuários sobre a relação médico-paciente na ESF, identificaram inúmeras nuances nesta relação, não somente no que diz respeito ao comportamento dos pacientes frente aos seus médicos e suas prescrições, mas também evidenciando a influência que outros atores, humanos e não-humanos, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), exames diagnósticos e medicamentos, exerciam na maneira como os usuários lidavam com seus respectivos processos de saúde-doença.

Em se tratando da 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).

Sá (2009) afirma 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.

Nesta ótica, o processo de adoecer configura-se em suas dimensões histórica e social, ou seja, tanto os instrumentos tecnicamente dirigidos ao adoecimento, quanto seus determinantes, são consequências do modo socialmente organizado de os seres humanos se relacionarem entre si e com o mundo (AYRES, 2004).

Isto posto, ganha relevância o caráter relacional na atenção à saúde, que possui grande importância para o estudo aqui proposto. No entanto, 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 (LATOIR, 2004).

Entretanto, este princípio, em certa medida, se delinea através da estabilização dos objetos em redes. 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).

Em consonância a estes pressupostos, entra em questão a constatação da existência de um profundo interesse pelo problema ontológico, por parte da Antropologia (ALMEIDA SOUZA, 2015).

Marres (2009), contribui para a reflexão ontológica elaborando a ideia de “ontologia empírica”, onde não se considera somente o plano teórico, mas as práticas e acontecimentos a partir dos quais novas entidades sociais surgem. Nesta perspectiva, há o desenvolvimento de ideias que julgam estarem as entidades existindo no mundo através de associações (ALMEIDA SOUZA, 2015), como ocorre na TAR.

Logo, de acordo com a ideia de ontologia empírica, a realidade se apresenta fluida e múltipla, voltando-se para as práticas, eventos e discursos que se constituem para o surgimento de novas entidades, gerando espaço para relatos sobre as agências de humanos e não-humanos na assistência à saúde (ALMEIDA SOUZA, 2015), como é o caso da AB.

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 em saúde 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 (ALMEIDA SOUZA, 2015; SPINK, 2015).

De qualquer modo, cabe evidenciarmos algumas considerações frente estas concepções ontológicas apontadas acima. Embora a concepção ontológica trabalhada na Antropologia e nas ideias desenvolvidas por Mol (1999;2002) e Latour (2004) tenham raízes etnográficas, existem diferenças.

Na proposta antropológica, a utilização da palavra ontologia (s) ocorreu, em parte, pelo fato de o termo cultura ter sido utilizado para demonstrar distintas perspectivas de grupos humanos sobre uma única realidade. Nesse sentido, a Antropologia utiliza-se da palavra ontologia abrangendo um olhar para o modo como a multiplicidade de formas de existência ocorre em práticas concretas, assim como pessoas e coisas podem se alterar por elas, dando luminosidade para a existência de diversos mundos e, portanto, de múltiplas ontologias (HOLBRAAD *et al.*, 2014).

Já a proposta dos adeptos à TAR, principalmente Mol, a qual desenvolve as ideias de ontologias múltiplas e ontologia política, procura elucidar que há versões diferentes de uma entidade que é dita no singular, por exemplo a doença (ALMEIDA 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* ALMEIDA SOUZA, 2015).

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 (ALMEIDA 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. Deste modo, a própria concepção de cidadão parece implicar em uma hegemonia do saber biomédico, pois indica a necessidade de um corpo domesticado para a intervenção médica.

A lógica do cuidado, entretanto, apresenta alguns contrapontos frente a lógica da escolha. 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, ou seja, fluido, cheio de idas e vindas, não podendo ser a atenção à saúde 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).

Brito e Nakamura (2018), destacaram que os pacientes desenvolvem sua autonomia diante da prática médica de diversos modos, ressignificando o modelo biomédico, acatando, ou não, as prescrições, bem como reconhecendo, ou não, o médico como uma fonte de cuidado, ora permitindo esta fluidez entre fatos e valores, ora optando por deixar aos médicos cuidarem dos fatos e eles dos valores.

Neste estudo, apareceu ainda, como de extrema importância, a influência de outros atores, que não os médicos e pacientes, influenciando a maneira como a relação entre estes ocorre, como a presença dos ACS, dos medicamentos e exames diagnósticos.

Isto posto, a dimensão política e ontológica apresentada por Mol (1999; 2002; 2008) se apresenta com grande utilidade para este estudo, uma vez que salienta a existência de diferentes versões de uma mesma doença, exigindo diferentes formas de atuação sobre estas doenças, nesta perspectiva de que a realidade é múltipla, indicando uma variedade de contextos na saúde e, portanto, ressaltando a necessidade de se compreender como estes distintos contextos e atores, humanos e não-humanos, se delinham e articulam diante da prática profissional e da relação entre profissionais e usuários na produção do cuidado em saúde.

Portanto, torna-se fundamental compreender e interpretar como se manifestam as diferentes visões e concepções que compõem realidades socioculturais específicas, de modo a identificar e valorizar suas formas de articulação em sistemas explicativos diversos (NAKAMURA, 2007), em nosso caso, a maneira como se delineiam os significados da produção do cuidado em saúde na AB, da perspectiva dos profissionais e usuários envolvidos, neste modelo assistencial singular configurado pela ESF.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

O trabalho terá como objetivo analisar e compreender os diferentes contextos/realidades que permeiam a produção do cuidado em saúde, diante dos significados atribuídos pelos diferentes atores, humanos e não-humanos, que desta participam, em um modelo de AB, a ESF.

3.2. Objetivos Específicos

- Compreender quais os significados atribuídos pelos profissionais das equipes multi/interdisciplinares à produção do cuidado em saúde e de que (ais) maneira (s) esta influencia em suas respectivas lógicas de cuidado, frente aos atributos preconizados pela AB, na ESF.

- Compreender como se manifestam os significados, da perspectiva dos usuários, assim como de que (ais) maneira (s) outros atores, humanos e não-humanos, corroboram positiva ou negativamente na produção do cuidado em saúde, de acordo com as diferentes lógicas de cuidado propostas neste estudo, frente aos atributos preconizados pela AB, em um contexto de ESF.

4. METODOLOGIA

Neste estudo procuraremos uma abordagem teórico metodológica da produção do cuidado em saúde que permita revelar os significados que os sujeitos, usuários e profissionais da saúde, atribuem a esta, frente aos diferentes contextos que a permeiam. Para tal tarefa, buscaremos a realização de uma análise não pautada por suas características objetivas, focadas nas doenças, mas compreendendo-a por seus aspectos intersubjetivos e socioculturais, de acordo com o referencial teórico apresentado.

Deste modo, uma abordagem qualitativa pode nos ser mais adequada por abarcar a esfera das relações em saúde como fenômenos sociais (MINAYO, 2000), de maneira que estas relações, sob esta ótica, se expressam por meio de significados, sentidos,

crenças, valores e experiências dos sujeitos em todos os processos de saúde/doença e encontros clínicos (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Sendo assim, consideramos que a percepção da realidade de si e do outro, bem como as relações entre sujeitos entre si e com o mundo estão, invariavelmente, permeados pela cultura e, portanto, assim está a produção do cuidado em saúde e os contextos onde esta ocorre.

Partindo 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 importante compreendermos que a cultura configura a impressão subjetiva dos sujeitos sobre determinada realidade, mediante categorias pré-existentes do seu universo de referência, permitindo interpretações particulares sobre um determinado contexto, as quais, no objeto deste estudo, podem manifestar em diferentes concepções de saúde, corpo e doença.

Isto posto, ganha relevância a perspectiva hermenêutica, pelo fato de corroborar uma abordagem interpretativa nos processos de saúde-doença, bem como dos contextos onde estes ocorrem, apresentando-se como uma referência importante para o entendimento dos significados dos comportamentos dos indivíduos, na medida em que a cultura produz estruturas simbólicas, metáforas e outras figuras ligadas às doenças (CAPRARA, 2003).

Logo, optaremos por uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica, privilegiando as dimensões interpretativa e compreensiva dos significados e os aspectos socioculturais presentes na produção do cuidado em saúde.

Todavia, temos o discernimento de que vários podem ser os impasses que permeiam uma pesquisa com abordagem etnográfica, haja vista que aspectos referentes a um contexto histórico-social e cultural não se manifestam superficialmente, exigindo uma observação mais aprofundada e detalhada sobre os fenômenos estudados (VELHO, 1981).

Desta maneira, para que ocorra este tipo de observação, é necessária uma forma específica de olhar e ouvir. Configurando-se em uma abordagem que procura dar voz àquilo que os homens falam, é imprescindível o estabelecimento de relações, não estabelecidas de maneira superficial. Para que ocorra a análise interpretativa do discurso deste que chamamos “o outro” é importante a formação de uma relação dialógica e

empática, entre pesquisador e interlocutor, para que a intersubjetividade e as estruturas significantes ganhem destaque (OLIVEIRA, 2006).

Porém, não necessariamente, isto irá garantir o sucesso do pesquisador, pois é necessário um grande esforço intelectual e, até mesmo, emocional, da parte do pesquisador, para transformar o “exótico em familiar” e o “familiar em exótico”, principalmente quando sujeitos de pesquisa e pesquisador pertencem à mesma sociedade (DA MATTA, 1978).

Sendo assim, no estudo da cultura as estruturas significantes são tomadas como atos simbólicos, ou conjunto de atos simbólicos, tendo como objetivo principal a análise do discurso social, descrito de forma densa. Por isso, na análise cultural não se investiga o discurso somente como acontecimento, mas analisa-se os significados presentes no acontecimento de falar, assim como o fluxo de comportamento onde estes significados aparecem, ou seja, seu contexto, demandando a necessidade do pesquisador em “situar-se” neste contexto, com vistas à uma observação detalhada em seu campo de pesquisa (GEERTZ, 1989).

No entanto, tais estruturas significantes e seus significados não se restringem somente aos atores humanos. A presença de agentes não-humanos permeia as relações entre os sujeitos, por meio de associações, conferindo novos significados e tornando mais complexa a intersubjetividade e sua interpretação, devido à presença de múltiplas realidades nas interações entre indivíduos e mundo, necessitando-se de uma abordagem teórico-metodológica que permita realçar estas diferentes agências, como ocorre na TAR e seus desdobramentos (LATOUR, 2004; 2012; MOL 2002; 2008).

Portanto, buscaremos nesta pesquisa identificar os significados da produção do cuidado em saúde, da perspectiva dos usuários e membros das equipes multi/interdisciplinares, a fim de compreendermos como estas diferentes perspectivas, os contextos onde elas ocorrem e os atores, humanos e não-humanos, nela inseridos, se concatenam, ou não, com os princípios da AB, no contexto da ESF.

4.1. Local de Pesquisa

Buscaremos realizar esta pesquisa em um aparelho público de saúde do SUS, que contenha em seus processos de trabalho a ESF, na cidade de São Paulo-SP, mediante realização de observação participante nestes aparelhos e, posteriormente, entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos de pesquisa selecionados.

Para tanto, o local de pesquisa selecionado para este projeto será a UBS Jardim Mitsutani. Tal unidade de AB situa-se no mesmo bairro que dá o seu nome, o bairro Jardim Mitsutani, localizado na região do Campo Limpo, zona sul de São Paulo.

A UBS Jardim Mitsutani, escolhida para esta pesquisa, dispõe, para a realização de suas atividades, um montante de 11 equipes de ESF, 3 equipes de ESB e 1 equipe de NASF (SÃO PAULO, 2015), configurando-se uma UBS na modalidade mista, o que pode ser de grande utilidade para o estudo proposto, devido à complexidade dos serviços prestados neste aparelho público de saúde e sua articulação com diferentes modalidades de AB.

4.2. Participantes da pesquisa

Participarão da pesquisa usuários (as) e profissionais da saúde pertencentes às equipes de AB de uma unidade de ESF na cidade de São Paulo - SP (local este ainda não selecionado), o qual será identificado mediante acompanhamento das atividades realizadas neste local através da observação participante. Inicialmente, serão utilizados, para seleção dos entrevistados, os seguintes critérios:

- frequentar a unidade de ESF há pelo menos um ano (usuários).
- estar em acompanhamento/tratamento junto à unidade em questão (usuários).
- ser maior de 18 anos (usuários e profissionais).
- trabalhar no local selecionado há, pelo menos, um ano (profissionais).

Serão selecionados, no mínimo, quatro usuários da unidade de saúde. No caso dos profissionais, procuraremos entrevistar, ao menos, um membro representante de cada profissão presente nas equipes de atenção básica, como ACS, enfermeiros, psicólogos, médicos, auxiliares de enfermagem, entre outros, somando-se, aproximadamente, 10 entrevistas (4 dos usuários e 6 dos profissionais).

Além desses entrevistados, outros sujeitos de pesquisa poderão ser entrevistados, caso sejam identificados como informantes-chave, fundamentais à compreensão dos objetivos da pesquisa. Essas pessoas serão consultadas e participarão da pesquisa apenas mediante seu consentimento.

4.3. Análise dos dados

De acordo com o referencial teórico-metodológico apresentado, cabe apresentarmos de que maneira pretendemos analisar os dados coletados na pesquisa proposta.

A análise de dados em pesquisa qualitativa deve ocorrer simultaneamente ao processo de coleta de dados. Sendo assim, o método de análise que utilizaremos neste trabalho será a Análise de discurso. Tal método permite um olhar aprofundado ao discurso por representar uma teoria crítica que trata da determinação histórica dos processos de significação, considerando como foco central de análise a relação entre linguagem e seu contexto de produção, historicamente determinados (MINAYO, 2000).

Na análise de discurso, o *discurso* é a linguagem em interação, representando relações estabelecidas, enquanto o *texto* consiste no discurso acabado para fins de análise, sendo uma unidade complexa de significações. Logo, o texto é infinitamente inacabado, bem como sua análise, dando margem para múltiplas possibilidades interpretativas (MINAYO, 2000).

Desta maneira, retomando os objetivos aqui propostos, realizaremos entrevistas em profundidade, as quais serão transcritas e submetidas à análise de discurso, almejando-se o realce dos significados presentes no acontecimento de falar (GEERTZ, 1989) de nossos entrevistados, de modo a nos permitir, em diálogo com o material coletado na observação participante e com o referencial bibliográfico adotado, possíveis interpretações sobre a produção do cuidado em saúde na AB em toda a sua complexidade.

4.4. Aspectos éticos

A fim de atingirmos os requisitos éticos necessários para a realização deste trabalho, cadastramos este projeto junto à Plataforma Brasil e, posteriormente, à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em consonância com as resoluções nº 466/12 e nº 510/16, com vistas à aprovação e realização desta pesquisa, já aprovado pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da USP e aguardando a aprovação da SMS de São Paulo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não pretendemos aqui esgotar a discussão em torno da produção do cuidado, nem apontar como deveriam ser realizadas, ou não, as práticas em saúde na AB e ESF. Pelo contrário, temos como cerne de nosso estudo 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 se dá de maneira dinâmica e complexa, dando vazão para o enfoque voltado a estudos de âmbito micropolítico, como, em nosso caso, uma unidade de ESF situada na zona Sul da cidade de São Paulo-SP.

Defendemos, portanto, que dessa maneira possa haver melhores possibilidades de analisarmos em profundidade como se dá a produção do cuidado em um determinado contexto, bem como atentarmos-nos para quais diferentes lógicas, da escolha ou do cuidado, se apresentam diante dos sujeitos em relação em um cotidiano, dos muitos existentes, de ESF, com a finalidade de compreendermos os distintos significados acerca da produção do cuidado em saúde, para aqueles que a oferecem, os profissionais de saúde, e para aqueles que dela usufruem, os usuários/pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA SOUZA, I. M. *A Noção de Ontologias Múltiplas e suas Consequências Políticas*. Ilha v. 17, n. 2, p. 49-73, ago./dez., 2015.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, L. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. *Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde: medicina ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed, pp. 88-100, 2006.
- 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.
- BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. *A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades*. In: Trab. Educ. Saúde, v. 8 n. 1, p. 27-53, mar./jun. Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº1.802, de 26 de Agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em Agosto de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em Outubro de 2018.
- BRITO, M. P.; NAKAMURA, E. *Significados sobre a relação médico-paciente, segundo usuários da Estratégia Saúde da Família, em Santos – SP*. Texto de dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Unifesp Baixada Santista, 2018.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*, 19(4):923-931. Rio de Janeiro, 2003.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L.O.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface Comun Saúde Educ.*, Botucatu, v.4, 2008.
- DA MATTA, R. O ofício do Etnólogo, ou como ter. “*Anthropological Blues*”. *Edison de O. A aventura sociológica*, Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf.
- FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.
- FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. *Rev. Bras. de Educação Médica*, v. 34(2), p. 207-215, 2010.
- 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.
- GEERTZ, Clifford. “Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura”. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p 13-41, 1989.
- GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ-PÉREZ, M. *Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir fragilidades da estratégia saúde da família*, 2012. Acesso em Julho de 2017. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.Pd
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HOLBRAAD, M.; PEDERSEN, M. A.; VIVEIROS de CASTRO, E. The Politics of Ontology: anthropological positions. *Fieldsights – Theorizing the Contemporary*,

- Cultural Anthropology, *on-line*, v. 13, January, 2014. Disponível em: <<http://culanth.org/fieldsights/462-the-politics-of-ontology-anthropological-positions>>. Acesso em Junho 2018.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California, 1980.
- LATOUR, B. Terceira fonte de incerteza: Os objetos também agem. In: Reagregando o Social uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.
- LATOUR, B. *Politics of Nature: how to bring Science into democracy*. Cambridge: Harvard University Press, 2004.
- MARRES, N. Testing Powers of Engagement Green Living Experiments, the Ontological Turn and the Undoability of Involvement. *European Journal of Social Theory*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 117-133, 2009.
- MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. A APS no Brasil. *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. *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: out ledge, 2008.
- MOL, A. Ontological Politics. A Word and Some Questions. In: LAW, John; HASSARD, John. (Org.). *Actor network theory and after*. Oxford: Black well Publishing, 1999.
- NAKAMURA E., SANTOS J.Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Rev Saúde Pública* ;41(1), p.53-60, 2007.
- OLIVEIRA, M.A.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*, v. 66, p. 71-164. Brasília, 2013.
- OLIVEIRA, R. C. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp. 220 pp, 2006.
- PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S.M.; CACCIA BAVA, M. C.; SANTOS, J.S.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, M.C.; SANTOS, C.B. *Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família*. Associação Latina para a Análise dos Sistemas de Saúde, ActasCallass, ISSN n° 1988-7914, 2011. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf. Acesso em Agosto de 2018.
- PORTO, D.; SCHIERHOLT, R.; COSTA, A. M. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica. *Rev. Bioética*, 20 (2): 288-99, 2012.
- 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.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Comunicado de Interesse Público n° 4/2015 – NTCSS; Unidades e Serviços de Saúde do Campo Limpo e Vila*

Andrade da Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo, 2015. Acesso em Outubro de 2019. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/TermodeReferenciaCamp oLimpoVilaAndrade004.pdf>

SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. *Responsabilidade Social: atuação com a Prefeitura de São Paulo, Unidades Básicas de Saúde*, 2019. Acesso em Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.einstein.br/responsabilidade-social/atuacao-com-a-prefeitura-de-sp/unidades-basicas-de-saude-ubs>

SILVA JR., A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: M.V.G.C. MOROSINI; A. D. A. 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*, v. 28, n. 11, p. 2076-2084. Rio de Janeiro, 2012.

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_o bra=14609. Acesso em Julho de 2018.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.869-883, 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, 20 (Suppl 2):190-98 2004.

VELHO, G. Observando o familiar. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.