



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Henrique Magalhães de Souza Lima

**Encontros e desencontros na produção de cuidados em saúde sob a perspectiva da
Atenção Primária à Saúde**

Rio de Janeiro

2020

Henrique Magalhães de Souza Lima

**Encontros e desencontros na produção de cuidados em saúde, sob a perspectiva da
Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732e Lima, Henrique Magalhães de Souza.
Encontros e desencontros na produção de cuidados em saúde, sob a perspectiva da atenção primária à saúde / Henrique Magalhães de Souza Lima. -- 2020.
81 f.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Medicina Narrativa. 2. Humanização da Assistência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Relações Médico-Paciente. 6. Medicina de Família e Comunidade. 7. Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Henrique Magalhães de Souza Lima

**Encontros e desencontros na produção de cuidados em saúde, sob a perspectiva da
Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 26 de maio de 2020

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Braga Neto

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Medicina

Prof.^a Dr.^a Alda Lacerda

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dr.^a Valéria Ferreira Romano (Orientadora)

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina

Rio de Janeiro

2020

Aos meus pais, Carlos Henrique e Rosangela, à
minha esposa, Amanda, e minha filha, Tatiana, por
todo o apoio, incentivo e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que estiveram presentes em minha trajetória, contribuindo para que eu possa ser a pessoa que sou hoje, em especial:

À minha família, àqueles que aqui estão e àqueles que já partiram, em especial aos meus pais, Carlos Henrique e Rosangela, minha Vó Ina, meu Vô Chico, minha Vó Glória e meu Vô Souza, meus tios e tias, primos e primas, por sempre me incentivarem e serem para mim a melhor referência do que é família, união e amor.

À minha esposa, Amanda, pela paciência, companheirismo e apoio diários.

À minha filha, Tatiana, que reacende minha fé no mundo, me inspira a querer ser sempre uma pessoa melhor, e que mesmo sem ainda compreender ao certo o que é isso, tantas vezes quis “trabalhar” comigo, ou não quis que eu “trabalhasse”.

Ao Barreiros, Rosane, Bruno e Juliana, por serem também minha família, tornarem possível a nossa rotina, serem fonte de estímulo e de compreensão.

À minha orientadora e mentora, Valéria, que buscou e gerou em mim autenticidade, maturidade e confiança... muito obrigado por ter topado essa nossa construção.

Aos meus preceptores da residência: Érika, Philipp, Suliane e Thaís, eternamente referências do médico que eu sou e quero ser.

Aos meus professores da faculdade que me influenciaram nos exemplos e nas escolhas na medicina, em especial Mila, Marcos Mendonça, Braga e Maria Olívia.

À Maria Inez Padula e ao Ricardo Donato, por terem me ensinado a resiliência e por serem base da especialidade que eu escolhi e acredito.

Aos companheiros do programa de residência em MFC da SMS RJ, por compartilharem sonhos e ideais, em especial àqueles que logo no início de tudo me fizeram acreditar ser capaz de encarar novos desafios, Adelson, Lourdes, Armando, André Lopes, André Justino e Samantha.

À Clínica da Família Maria de Azevedo Rodrigues Pereira, minha equipe Santinha, parte do espaço onde me formei e hoje exerço a especialidade que mesmo em meio a tantas

dores me faz feliz, com menção especial à minha equipe Mariópolis, minha enfermeira Gláucia, meus agentes comunitários Hélio, Mônica, Rejane e Fernanda e todos os outros companheiros que mantêm a magia da APS acontecendo e o sentido em tudo o que fazemos.

À minha querida amiga Mariângela, pela sua integridade, convicção no que acredita e por me fazer concordar que as datas especiais têm sim que ser comemoradas, isso faz a vida e os dias melhores.

À Ana Luiza, Gabi e Marcela, por compartilharmos experiências, convicções e a certeza de que saúde pública não é para amadores.

À Danielle, que mesmo nos dias mais difíceis, me ajudou a acreditar no nosso trabalho, me dando força e incentivo na caminhada.

Aos meus residentes, André, Nicole, Alcebíades, Victor, Danielle e Telma, por confiarem em mim, me incentivarem a ser um profissional melhor e me ajudarem a perceber que cada um a sua maneira tem algo de único e especial.

Aos pacientes, razão pela qual aqui estou, pela riqueza das relações, por me confrontarem com tantas e tantas e tantas situações, e por me manterem acreditando que a saúde e a medicina valem a pena.

Aos brilhantes professores do mestrado da ENSP, por me apresentarem uma instituição séria e de excelência, por me mostrarem que o mundo é sempre maior do que o que a gente conhece, e em especial à Elyne, por conduzir tudo com tanta tranquilidade.

Aos companheiros de turma do mestrado, pela convivência, por todos os encontros, angústias e saberes compartilhados.

Aos amigos Thiago e Rosane, que mesmo de longe muito me ajudaram com apoio, estímulo e orientações.

Aos meus amigos da residência e da vida, Rafael, Carla, Manoela, Leandro, Marzollo e Liu, pela amizade, por serem sempre apoio, suporte, inspiração e reencontro.

A todos vocês e todos os outros, cuja presença torna melhor a minha existência.

E à vida, que é bonita e é bonita. Por me permitir ver o mundo e enxergar nele as pessoas.

O objetivo do pensar filosófico é levar a uma forma de pensamento capaz de iluminar-nos interiormente e de iluminar o caminho diante de nós, permitindo-nos apreender o fundamento onde encontremos significado e orientação.

Karl Jaspers

RESUMO

Esta dissertação aborda aspectos do cuidado em saúde e suas conexões com a humanização, as subjetividades e as relações advindas de encontros e desencontros entre usuários e um Médico de Família e Comunidade, na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. Sendo uma pesquisa qualitativa, utiliza a cartografia como metodologia, singularizando um olhar específico do autor sobre suas experiências profissionais vividas num território que é coletivo, relacional, político, ético e que possui uma forma própria, um modo de expressão próprio sobre as relações ali constituídas. Reitera a cartografia como implicada em pesquisar e acompanhar processos e produzir conhecimentos a partir da experiência vivida. Utiliza como ferramenta Narrativas Médicas, escritas a partir de situações vividas no decorrer das práticas de cuidado, geradoras que são de reflexões sobre a maneira como se constroem as relações entre quem cuida e quem é cuidado. Como esta dissertação não pretende apresentar conclusões advindas de afirmações definitivas, convida o leitor a livremente refletir e experienciar as suas próprias afetações a respeito das questões apresentadas; possibilitando, assim, amplitudes de pensamentos.

Palavras-chave: Medicina Narrativa; Humanização da Assistência; Relações Médico-Paciente; Medicina de Família e Comunidade; Saúde.

ABSTRACT

This master's thesis approaches about the health care and its connections with humanization, subjectivities and relationships that come from encounters and disagreements among patients and a family doctor, in the context of a Primary Care Health Center in Rio de Janeiro City. As a qualitative research, it uses cartography as a methodology, singling out a specific look from the author on his professional experiences that takes place in a territory that is collective, relational, political, ethical and that has its own form, a way of expressing itself on the relationships constituted there. It reiterates cartography as involved in researching and monitoring processes and producing knowledge based on the experience lived. It uses Medical Narratives as a written tool based on situations experienced in the course of care practices, that generates reflections on the way the relationships are built between those who take care and those who are cared for. As this text does not intend to present conclusions or definitive statements, it invites the readers to freely reflect and experience on their own affects on the questions presented; thus enabling amplitudes of thoughts.

Keywords: Narrative Medicine; Humanization of Assistance; Physician-Patient Relations; Family Practice; Health.

APRESENTAÇÃO

Ao me formar em medicina, no ano de 2011, eu buscava um cenário de prática ambulatorial. A rotina de trabalho a nível hospitalar não me enchia os olhos. Refleti sobre o que havia vivido durante o curso, sobre o tempo de prática enquanto aluno na Unidade Básica de Saúde, e convenci-me de que era ali que eu queria estar. Precisava então especializar-me, adquirir mais conhecimentos, segurança e ferramentas que me capacitassem para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, logo iniciei a residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Tive a felicidade de ingressar no programa de residência da UERJ, criado em 1976, um dos pioneiros desta especialidade no Brasil. Como prova do quão dinâmica é essa especialidade, assim como o trabalho em APS, justamente em 2012, ano da minha entrada, o programa passava por mudanças, como aumento do número de vagas e inserção nas unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, em consonância com a reforma pela qual vinha passando a APS do município. Esse foi um período de muito aprendizado e verdadeiro encontro com a especialidade. Cada vez mais estava imerso no mundo da MFC e da APS. Em 2014, terminado o período da residência, pude retornar à unidade de saúde onde havia iniciado o meu primeiro ano, e onde continuo até os dias de hoje. Tornei-me o responsável técnico dessa unidade, preceptor do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e supervisor de estágio de acadêmicos bolsistas. Assim, na minha prática, acabei tendo o olhar voltado não só para a assistência, mas também para o ensino e para a gestão. Em 2018, ingressei no Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / FIOCRUZ, justamente por acreditar na importância e na necessidade da qualificação para o exercício profissional na APS. Ao longo do caminho que percorri nesses anos, pude ver como é vasta a miríade de assuntos pertinentes à APS. Bom por um lado, pois instiga, estimula, valoriza... mas também ruim por outro lado, pois pode levar à exaustão, e por vezes impossibilita que todas as questões recebam a mesma atenção dos profissionais. A partir daí, passei a questionar-me sobre o que faz com que os profissionais dediquem-se mais a determinados temas do que a outros. Como pode a APS ao mesmo tempo receber tanta importância por alguns, e ser tão criticada por outros? Quais podem ser os fatores envolvidos na motivação daqueles que trabalham na APS? Qual o impacto de tudo isso nos resultados do trabalho? Um ponto central de tudo o que fazemos é a produção de cuidados. E como se dá a relação entre

quem cuida e quem recebe cuidados? Como produzimos cuidado na perspectiva da humanização e da subjetividade nos encontros que tecemos na Atenção Primária? Analisar e compreender essas questões pode nos ajudar a, de alguma forma, contribuir para melhorar as práticas dos profissionais da APS, os indicadores de saúde locais, a satisfação dos usuários e a saúde das pessoas de uma forma geral. E, numa última análise, o que queremos nós, profissionais de saúde?

Faço o convite então para a leitura desse trabalho, prospectando reflexões.

Que sirva, sobretudo, de motivação.

Henrique M S L

PREFÁCIO

“A cultura como sistema aberto, como ato e drama que se expressa na palavra e na imagem para análise e interpretação do cotidiano” (GADAMER, 2009).

Um dos primeiros desafios para a construção do trabalho que aqui se apresenta foi de fato delimitar um tema capaz de dialogar no meio acadêmico, científico e intelectual com as inquietações em mim provocadas pelo exercício da Medicina de Família e Comunidade, no cerne da Atenção Primária à Saúde.

Ao optar por abordar a questão do cuidado no campo da saúde pública, deparei-me com uma inevitável necessidade de reflexão crítica acerca de diferentes maneiras de se ver e experienciar a ideia do cuidado, que tanto em sua dimensão conceitual como prática está ligado à cultura, à noção da integralidade e da ética das ações de atenção à saúde e, por assim dizer, a uma prática de solidariedade.

A incorporação à área da saúde de elementos da filosofia, psicologia, antropologia, sociologia e literatura, os quais podemos chamar de humanidades médicas, permite uma compreensão ampliada e diferenciada da experiência de vida da pessoa, incorporando a realidade social e a experiência individual no encontro entre médico e paciente. A partir daí justifica-se repensar a prática médica, a formação em medicina e estender o olhar para o conceito de relação, em geral deixado de lado enquanto tanto se fala de relação médico-paciente, ou se preferir, profissional-usuário (COLE; CARLIN; CARSON, 2015).

Espera-se que os profissionais de saúde conheçam o meio cultural e social mais amplo em que os seus pacientes vivem, que sejam capazes de compreender as complexas relações que se estabelecem nas práticas de cuidado, que para além de pessoas e doenças, enxerguem essas interações no mundo. Tomando como referência as obras de diferentes autores, percebemos que pensar o lugar do ser humano no mundo e nas inter-relações com seus semelhantes assume grande relevância no campo da saúde e das ciências humanas.

Daí falamos em “encontros e desencontros”, buscando resgatar e valorizar a compreensão ampliada do ser humano enquanto ser vivo no mundo, envolto em relações com aqueles com os quais convive e com o ambiente em que está inserido. Classificar a medicina

como ciência biológica e separá-la das chamadas ciências humanas pode ser um exemplo desses desencontros. Mente e corpo não se separam. Ou não deveriam ser separados.

Iniciaremos por uma conceituação ampla do que vem a ser a nossa existência no mundo, tomando como base a filosofia de Martin Heidegger (1889 – 1976), em especial a sua clássica obra *Ser e Tempo* (1927), necessária para que possamos analisar e refletir sobre situações vividas no dia-a-dia do trabalho como médico da APS, no contato direto com pessoas, que dentre tantas possíveis denominações, são habitualmente chamadas de pacientes. Derivado do latim *patiens*, de *patior*, que significa sofrer, a palavra *paciente* traz consigo uma noção implícita de passividade e/ou inferioridade, cuja semântica não será discutida aqui, mesmo porque seria assunto suficiente para construir uma nova dissertação. De toda forma, convém explicar e pedir gentilmente ao leitor que deixe de lado eventuais concepções e juízos sobre tal palavra, aqui muitas vezes empregada por ser o termo universalmente mais utilizado na medicina, com igualdade de conotação ao termo *usuário*, aqui também utilizado na condição de sinônimos. Não há intencionalidade nenhuma minha na utilização de uma ou outra palavra.

Voltando aos “encontros e desencontros”, nas práticas de saúde, tanto os médicos quanto os pacientes têm ideias e expectativas próprias, que podem ou não coincidir, alterando substancialmente os desfechos e suas implicações. Por isso, no decorrer do texto, vamos tratar do encontro entre médico e paciente tanto como cenário quanto como elemento no qual o cuidado se estabelece e toma forma. Vamos estabelecer relações entre o que se vive na prática da medicina e as chamadas humanidades médicas.

Apresento a seguir, brevemente, como está organizado o presente trabalho:

O primeiro capítulo, a introdução, constitui-se numa breve apresentação dos temas abordados e discutidos ao longo do texto, tendo sido pensado como uma forma de facilitar ao leitor a compreensão do porvir.

A segunda seção, dos objetivos, delimita com maior clareza ao que se propõe essa dissertação.

O terceiro capítulo traz a metodologia utilizada, que permitirá ao leitor melhor compreender as escolhas e justificativas para o texto que segue.

Em seguida, o quarto capítulo, “O (ser) humano, saúde, privação e adoecimento”, apresenta uma introdução à medicina e sua história para que possamos então começar a abordar o que vem a ser saúde e adoecimento, tomando como base a filosofia de Martin

Heidegger que aborda o sentido do *ser* e honra o ser humano em seu lento e penoso desabrochar como ser pensante.

Na sequência, o quinto capítulo, intitulado “O ser, a origem do cuidado e o cuidado em saúde”, dá continuidade à questão do *ser* sob o ponto de vista da ontologia fundamental de Heidegger, para introduzir sua concepção de cuidado, a qual com o auxílio de outros autores transportamos para o campo das práticas de saúde.

Adiante, no sexto capítulo, “Cuidado, integralidade e humanização das práticas de saúde”, a partir do cuidado como elemento central, deriva uma abordagem dos temas da integralidade e da humanização das práticas de saúde, pontuando aspectos históricos do surgimento das políticas de humanização.

No sétimo capítulo, “Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família”, aí colocado pela associação com o mesmo momento histórico do capítulo anterior, em que ganhava força a discussão da humanização dos cuidados de saúde, é feita uma breve retrospectiva histórica, conceituação e correlação com aspectos políticos e atuais do cenário de prática em que se passam todas as relações de cuidados de saúde presentes nessa dissertação.

O oitavo capítulo, “Humanidades médicas, subjetividades e relações”, é especialmente interessante por reafirmar a proposta inicial da necessidade de uma ontologia fundamental que rompa com a ontologia tradicional da metafísica (apresentada no capítulo 6), aqui apresentando as humanidades médicas e o potencial do método clínico para reorientar a abordagem tradicional (metafísica) e a relação médico-paciente, interligando suas bases às subjetividades e às relações presentes nas práticas de cuidados de saúde.

No nono capítulo, “O espaço do encontro como um espaço comunicacional”, nos mantemos no campo das tecnologias leves, das relações, para tratar de assuntos como as motivações presentes, as habilidades de comunicação nos cuidados de saúde e o conceito de mentalidade alargada.

O décimo capítulo constitui a conclusão, complementando o sentido dos capítulos percorridos anteriormente, trazendo de forma sucinta para o leitor as considerações finais do autor.

Por fim, temos as referências bibliográficas consultadas e citadas durante a elaboração do texto, exibidas conforme normas da ABNT.

Em perspectiva, esperamos que disponham de uma boa leitura...

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS	18
2.1.	OBJETIVO GERAL	18
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	A ESCOLHA METODOLÓGICA	19
4	O SER (HUMANO), SAÚDE, PRIVAÇÃO E PADECIMENTO	21
5	O SER, A ORIGEM DO CUIDADO E O CUIDADO EM SAÚDE	26
6	CUIDADO, INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	35
7	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	46
8	HUMANIDADES MÉDICAS, SUBJETIVIDADES E RELAÇÕES	54
9	O ESPAÇO DO ENCONTRO COMO UM ESPAÇO COMUNICACIONAL.....	68
10	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

“A vida nada é sem significação; mas se a vida se chega pelos caminhos da biologia, a significação se conquista pelas trilhas da Educação” (ANTUNES; GARROUX, 2014).

A construção de sentidos e significados faz parte de um movimento intrínseco às práticas de saúde. Ao longo desse trabalho vamos apresentar breves relatos de casos verídicos, que de alguma forma marcaram o *ser* do autor, ao mesmo tempo em que propomos reflexão sobre quais os significados e sentidos dos cuidados em saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse momento questiono o leitor, assim como questiono a mim mesmo, como estamos implicados com os cuidados em saúde? Quais as motivações que nos colocam onde estamos hoje?

As respostas para essas questões estão internalizadas em cada um, e não precisam de fato vir à tona agora. Esperamos que essa leitura que se inicia seja capaz de também evocar memórias, planos, ideais, sonhos, reflexões e, por quê não, transformações?! A prática médica, dos cuidados de saúde, frequentemente associada a diagnosticar e tratar doenças, envolve também as pessoas em si, seus propósitos e objetivos, o que pode incluir questões desde o nível molecular até o espiritual, que obviamente interferem em seus processos e em como estes se expressam individual e coletivamente.

A medicina contemporânea lida como nunca antes com uma presença esmagadora de doenças e condições crônicas, que nos faz resgatar a preocupação dos profissionais de saúde com os efeitos do adoecimento nas pessoas, além do que acontece pura e especificamente com os seus corpos. O sucesso passa a depender em grande parte do interesse do paciente pela continuidade do tratamento, de seu entendimento, compreensão, motivação e comprometimento com práticas terapêuticas que podem muitas vezes ser desagradáveis, adoecedoras, de difícil acesso e ter resultados incertos. Obviamente o interesse, ou em outras palavras, a adesão do paciente ao plano terapêutico, dependerá em grande parte da habilidade do profissional de saúde de se relacionar com cada paciente. Cuidadores que têm mais conhecimentos e habilidades tendem a ser mais efetivos com os pacientes.

Em uma última análise podemos dizer que os cuidados de saúde têm uma finalidade maior, que é o bem estar do paciente. Bem estar é um conceito multidimensional, não relacionado apenas à dimensão física ou emocional, que não significa necessariamente a ausência de doença nem pode se resumir apenas a qualidade de vida. É algo muito individual, próprio, no sentido de que apenas a pessoa é capaz de dizer se tem de fato uma sensação de

bem estar. O objetivo do cuidado, portanto, deve ser o de não só propiciar o bem estar, mas também o de permitir que o indivíduo se manifeste enquanto pessoa capaz de expressar os seus sentimentos.

Conhecimentos e habilidades são adquiridos com o tempo de prática. Como bem pontua Cassell (2013), não importa o quanto você saiba e aprenda, há infinitamente mais por saber e aprender. Por isso, afirma-se que o conhecimento a respeito do cuidado é aprendido ao longo de toda a vida, é cumulativo e nunca se esgota.

A vida é curta, a arte é longa, o momento fugaz, a experiência é perigosa e a decisão é difícil. Aqueles que cuidam devem não apenas estar preparados para fazer o que é certo, mas também para fazer com que os pacientes, os acompanhantes e os fatores externos cooperem. (Hipócrates apud CASSELL, 2013, p. xix, tradução nossa).

E por falar sobre a vida, resgato nesse início a música de Gonzaguinha para a nossa reflexão:

[...] E a vida? E a vida o que é, diga lá, meu irmão?
 Ela é a batida de um coração?
 Ela é uma doce ilusão?
 Mas e a vida? Ela é maravilha ou é sofrimento?
 Ela é alegria ou lamento?
 O que é? O que é, meu irmão?
 Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo,
 É uma gota, é um tempo
 Que nem dá um segundo,
 Há quem fale que é um divino mistério profundo,
 É o sopro do criador numa atitude repleta de amor.
 Você diz que é luta e prazer,
 Ele diz que a vida é viver,
 Ela diz que melhor é morrer
 Pois amada não é, e o verbo é sofrer.
 Eu só sei que confio na moça
 E na moça eu ponho a força da fé,
 Somos nós que fazemos a vida
 Como der, ou puder, ou quiser,
 Sempre desejada por mais que esteja errada,
 Ninguém quer a morte, só saúde e sorte,
 E a pergunta roda, e a cabeça agita.
 Fico com a pureza das respostas das crianças:
 É a vida! É bonita e é bonita!
 É a vida! É bonita e é bonita!

(GONZAGUINHA, 1982).

Sigamos adiante, a fim de explorar com maior profundidade as questões relacionadas aos cuidados em saúde, à humanização das práticas, às subjetividades e às relações que aí se estabelecem.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Apresentar aspectos do cuidado em saúde e suas conexões com a humanização, as subjetividades e as relações advindas de narrativas sobre encontros e desencontros entre usuários e um médico de família e comunidade, na Atenção Primária à Saúde.

2.2. Objetivos Específicos:

- Refletir sobre o cuidado em saúde segundo narrativas médicas inspiradas em vivências pessoais
- Estabelecer relações entre processos de cuidado e a humanização em saúde
- Estabelecer relações entre processos de cuidado e as subjetividades em saúde

3 A ESCOLHA METODOLÓGICA

Em meio a tantas possibilidades de se construir uma pesquisa qualitativa, optei de maneira consciente e intencional por um ensaio teórico cartográfico, que por assim dizer, constitui-se numa forma de se apresentar e refletir acerca da minha experiência profissional e pessoal. São apresentados relatos em forma de narrativas escritas especificamente para a presente dissertação, visando exprimir o que foi vivido, sentido e marcado em minha trajetória de prestador de cuidados de saúde enquanto médico trabalhador da APS, atuando há oito anos numa unidade básica de saúde, também chamada de clínica da família, na zona norte do município do Rio de Janeiro.

Essa dissertação não pretende apresentar conclusões advindas de afirmações definitivas, mas por sua vez convida o leitor a refletir livremente e tirar as suas próprias conclusões a respeito das questões apresentadas, permitindo que atinjam maior amplitude. Sua força está na capacidade reflexiva para compreender a realidade e não no rigor metodológico habitualmente presente na produção científica. Assumo o papel de autor e narrador, servindo a minha experiência pessoal como matéria-prima a ser transformada num produto único, que é aqui apresentado (MENEGETTI, 2011; BENJAMIN, 1994).

Conforme Charon (2006), a prática da escrita e leitura de narrativas contribui para a eficácia clínica, uma vez que ao desenvolver a competência narrativa os profissionais de saúde tornam-se mais atentos aos pacientes e suas experiências, mais reflexivos quanto a sua própria prática e mais capazes de interpretar as histórias de adoecimento vivenciadas pelos pacientes. As narrativas são elementos disruptivos, capazes de estabelecer seus próprios padrões e caminhos.

Sobre a cartografia, temos neste trabalho um estudo que se desenvolve a partir de um olhar específico do autor sobre experiências vividas num território que é coletivo, relacional, político, ético e que possui uma forma própria, modo de expressão para as relações aí constituídas. De uma maneira geral, a cartografia implica pesquisar e acompanhar processos, produzir conhecimentos a partir da experiência vivida. Em sua realização é impossível separar a produção de conhecimento da transformação da realidade. Os afetos são retratados conforme a percepção do pesquisador inserido no território em questão, colocando em evidência os sujeitos e os encontros que estabelecem entre si. É inevitável, ou por melhor

dizer, necessário o envolvimento entre pesquisador e objeto, de forma que o estudo não é neutro, nem isento de interferências (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

“É a partir de sua subjetividade que afetos e sensações irrompem, sentidos são dados, e algo é produzido” (ROMAGNOLI, 2009, p. 171).

“Cartografar é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado, é escutar os seus ‘ruídos’, seus incômodos, fazer aparecer as coisas que estão ali, mas não têm visibilidade” (FRANCO; MERHY, 2009 apud FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 8).

Fui algumas vezes questionado sobre o porquê de não ter realizado entrevistas. Simplesmente porque a forma de se analisar e interpretar seria outra, não era o que almejava nesse momento. De toda forma, acredito que seja possível, e interessante, um novo trabalho na continuação deste, que inclua novas ferramentas de pesquisa, propiciando novos olhares sobre a questão do cuidado nas práticas de saúde.

No desenvolvimento dessa pesquisa não utilizou-se de quaisquer dados diretamente obtidos com participantes ou fontes identificáveis, não houve consulta a prontuários, nem mesmo entrevistas ou um diário de campo escrito. Sendo assim, conforme a resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de abril de 2016, dispensa-se essa pesquisa de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, sem revelar dados que possam identificar os sujeitos¹.

¹ Publicado no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46

4 O SER (HUMANO), SAÚDE, PRIVAÇÃO E PADECIMENTO

“Existe medicina, em primeiro lugar, porque os homens se sentem doentes. É apenas em segundo lugar que os homens, pelo fato de existir uma medicina, sabem em que consiste sua doença” (CANGUILHEM, 2009, p.93).

A medicina aos moldes que conhecemos hoje tem forte caráter científico e empírico, deixando muitas vezes em segundo plano a necessidade de uma conceituação mais filosófica do que vem a ser saúde e enfermidade.

Hipócrates, nascido por volta do ano de 460 a.C., em reconhecimento ao seu trabalho é hoje considerado o “pai da medicina”, embora esta já existisse por muito tempo antes de seu nascimento. Foi ele um dos responsáveis por inaugurar a chamada medicina científica, numa época em que muito era feito de forma instintiva (como catar piolhos, limpar ferimentos, lamber feridas), empírica (observação, tentativas, erros e acertos) ou ainda atribuído à dimensão religiosa e mágica. Ainda hoje as pessoas apelam com frequência ao divino por intervenção ou salvação, principalmente quando não veem uma forma segura ou rápida de recuperar a saúde.

Apolo, único deus a ter o mesmo nome na mitologia grega e romana, é considerado um dos maiores e mais amados deuses do Olimpo. Diz a lenda que ele havia amado uma mortal, Corônis, que grávida de um filho seu teria cedido ao amor de um mortal. Ao saber da infidelidade, Apolo destinara a ela uma flecha que lhe tirara a vida. Quando seu corpo já estava na pira para ser cremado, Apolo arranca de seu ventre um menino ainda vivo, Asclépio², que viria a se tornar então o principal deus da Medicina. A simples história de seu nascimento já simboliza a vitória da vida sobre a morte. Asclépio teria herdado de seu pai a vocação para a arte de curar, e aprendido com Quiron, centauro que o criou, o domínio das plantas medicinais. Tãmanha era a sua habilidade na prática da medicina, que tornou-se capaz de ressuscitar os mortos. Assim, por contrariar a ordem natural das coisas, Zeus matou Asclépio com um raio. Contudo, em seu reconhecimento, foi transformado em divindade. Dentre os filhos de Asclépio estão Panaceia, apresentada como deusa da cura e também Higeia, deusa da saúde, da limpeza, da prevenção das doenças, cujo nome deu origem ao que

² Asclépio na mitologia grega, ou Esculápio na mitologia romana

hoje chamamos “higiene”. À época de Hipócrates, então, era comum que quando adoecessem as pessoas rezassem a Apolo e Asclépio, pedindo pela cura.

Embora talvez hoje em dia muitos médicos não saibam o porquê da menção a Apolo e Asclépio nas diferentes versões do juramento de Hipócrates, que tão tradicionalmente proferem por ocasião de sua formatura, sua presença afirma uma tradição de mais de 2500 anos (CASSELL, 2013).

Na Grécia Antiga, era comum que as pessoas acreditassem que a vida era regida pelo humor dos deuses. Claro que tal crença poderia variar de pessoa para pessoa, mas podemos perceber que desde aquela época, como nos dias atuais, temos uma coexistência entre crenças e práticas. O próprio Hipócrates não rejeitou por completo componentes mágicos e filosóficos que adquiriu durante a sua formação, embora já compreendesse que as doenças e o adoecimento estavam mais relacionados a questões da natureza, do ambiente e do comportamento, em vez de atribuí-los ao sobrenatural. Surgia já nessa época a percepção de que a natureza é harmonia e equilíbrio, tanto no homem quanto fora dele. A perturbação dessa harmonia e desse equilíbrio resulta na doença. Mais do que isso, “a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio” (CANGUILHEM, 2009, p.12).

O conceito de saúde, desde a Grécia Antiga, sempre preocupou os filósofos e os médicos que se interessavam por filosofia. Para iniciarmos uma discussão sobre os sentidos das práticas em saúde como as vemos hoje, vamos inicialmente propor uma conceituação de saúde enquanto fenômeno ontológico.

Para Heidegger (1889 – 1976), proeminente filósofo alemão do século XX, “há dois tipos de fenômenos: o ôntico, que é perceptível, e o ontológico, que é não-perceptível, sendo este não-perceptível condição necessária para que se compreenda o perceptível” (NOGUEIRA, 2007, p.430).

Na ontologia tradicional busca-se a compreensão do ser a partir da noção de um ente que é objeto, dentro de um pensamento lógico-representativo-sistêmico, que pode ser assim definido como metafísica. Há uma dicotomia entre sujeito e objeto, fazendo com que o conhecimento seja visto de forma finita e as verdades sejam verdades eternas. Coisifica-se o ser humano. Esse modelo metafísico está hoje largamente impregnado na forma como estabelecemos relação com as coisas do mundo, com os outros e com nós mesmos. Por sua vez, Heidegger traz em sua obra *Ser e Tempo* (1927) uma nova ontologia, a qual podemos chamar de ontologia fundamental (ANÉAS, 2010).

O ser, para Heidegger, é ontológico, possui natureza própria. Ele não se explica ou se determina, ao mesmo tempo em que também não é um conceito puramente abstrato. Ele se conforma com o tempo e no espaço. O ente é coisa, ele se parametriza, se determina, ele é ôntico. Chama-se aqui de ente desde todas as coisas com as quais lidamos no mundo, até as outras pessoas e nós mesmos. É justamente no ente que o ser habita. Heidegger elabora uma nova compreensão desse ente que nós mesmos somos e que em geral nós chamamos de ser humano, o qual ele chama de *Dasein*, “ser-no-mundo”, o único capaz de questionar-se sobre a questão do ser, abrindo a possibilidade para um novo paradigma (ANÉAS, 2010).

Para Heidegger nós somos fundamentalmente seres lançados no mundo. Nós não somos primeiro e depois nos relacionamos com o mundo, com as coisas ou com as pessoas, nós somos já as relações que entretemos; nessas constitui-se nossa essência. Essa essência do ser está para além do mundo físico. “O estar lançado, porém, é o modo de ser de um ente que sempre é suas próprias possibilidades e isso de tal maneira que ele se compreende nestas possibilidades e a partir delas (projeta-se para elas).” (HEIDEGGER, 1986, p.244 apud ANÉAS, 2010, p.62).

O que é afinal a experiência de ser? Na concepção que Heidegger nos apresenta ser é abertura, é possibilidade. O ser é sempre ser em algum lugar. Nós somos e estamos “jogados no mundo”, “atirados na existência”, com possibilidades infinitas, embora limitados em nossa existência pela temporalidade. Temos que lidar com a certeza da possibilidade iminente de não-ser-mais-no-mundo. Como ser-para-a-morte, o *Dasein* está constantemente na iminência de seu poder-ser mais próprio, pois a morte coloca em jogo o seu ser-no-mundo. A morte é um ainda-não, irremediável e insubstituível, que singulariza cada *Dasein* (HEIDEGGER, 2015; ANÉAS, 2010).

O ser humano tem uma relação ética com as coisas e com a realidade, ele pensa em como se relacionar com as coisas, o que o constitui como um ser de cuidado. Ao se relacionar com os outros, o “ser-no-mundo” é “ser-com”, ele cuida de sua própria existência ao passo que cuida também daqueles com quem se relaciona. A forma como lidamos com os entes coisas é dita ocupação. Já a forma como lidamos com os outros *Daseins* é dita preocupação, solicitude ou *cuidado*. “O *Dasein* como ser-no-mundo é sempre ser-com-os-outros-no-mundo. Este ser-com-os-outros é existencial e ontológico” (ANÉAS, 2010, p.55).

Em sua existência, o *Dasein* se relaciona com o seu poder-ser, de forma que o preceder-a-si-mesmo determina o seu ser. Para Heidegger, o *Dasein* enquanto estiver no mundo é cuidado. Ora, se o preceder-a-si-mesmo nos mostra que sempre há algo em aberto e que ainda não se tornou real, vivemos em uma constante inconclusão. A impossibilidade da

totalidade é própria do Dasein. Enquanto ser-no-mundo, ele está sempre em aberto e nunca acabado. Para se alcançar a totalidade, o Dasein não pode mais ser-no-mundo. Portanto, o cuidado conecta o nascimento à morte, abrindo a questão do ser para a questão da temporalidade (ANÉAS, 2010).

O que o existir como Dasein significa é um manter aberto de um âmbito de poder-apreender as significações daquilo que aparece e que se lhe fala a partir de sua clareira. O Dasein humano como âmbito de poder-apreender nunca é um objeto simplesmente presente. Ao contrário, ele não é de forma alguma e, em nenhuma circunstância, algo passível de objetivação. (HEIDEGGER, 2001, p.33 apud ANÉAS, 2010, p.83).

A obra de Heidegger é bastante densa e complexa, mas com essa breve introdução nos imbuímos da possibilidade, ou talvez necessidade, de uma mudança de paradigma, a partir do qual torna-se possível um rompimento com o modo metafísico de se estabelecer relações com as pessoas e com o mundo. A constituição fundamental do Dasein é ser-no-mundo, são indissociáveis. A ontologia fundamental heideggeriana abarca o desvelar da essência de cada ente em seu modo na composição, no acontecer da existência de cada um de nós. Assim, na interpretação da saúde do Dasein, não há lugar para entendê-la como algo que diz respeito apenas à dimensão física e corpórea, tampouco considerar a cisão entre doença do corpo e doença da mente (ANÉAS, 2010).

No homem estão sempre interligados um âmbito periférico, que é natureza, e um âmbito central, que é Dasein. Na doença, o estar bem, o ser sadio, não está simplesmente ausente, ele encontra-se perturbado. Assim, a doença não deve ser compreendida como o oposto de saúde, mas sim como um fenômeno de privação (HEIDEGGER, 2015).

O Dasein enquanto abertura pode ser entendido em analogia à imagem de uma clareira, que é sustentada por uma abertura em que se dá a incidência da luz. Em torno da luz, há sombra e escuridão. A abertura sempre está sujeita a fechamento, devido à imprevisibilidade da existência (NOGUEIRA, 2007).

A esse fechamento do Dasein podemos denominar privação, o que não significa que deixa de haver abertura, mas que, ao menos por ora, ela está restrita. A privação é entendida como fenômeno ontológico, condição de possibilidade, que permite a existência do padecimento, fenômeno singular em seu aparecimento, que coloca o Dasein em falta de algumas possibilidades. Há restrição de sua potencialidade. A raiz da potencialidade humana é a temporalidade, é o que temos em nossa direção na perspectiva do futuro, pelo que tomamos conhecimento do que significam o passado e o presente. A potencialidade constitui

ações, que quer sejam executadas, quer não, estão presentes e fazem parte do Dasein. Dessa maneira, quando ocorre uma enfermidade, a potencialidade não deixa de existir, ela continua fazendo parte do Dasein, embora ele possa estar limitado e não conseguir mais acessá-la. Há uma “privação”; “não posso”, “não posso mais”, “não posso como os demais” são exemplos de como pode se expressar a privação (HEIDEGGER, 2015; NOGUEIRA, 2007).

O padecimento é vivido em sua privação como um mal-estar, um sofrimento, que pode ser entendido como “enfermidade”. Paradoxalmente, a restrição faz com que surjam novas alternativas de poder-ser e diferentes potencialidades. As potencialidades e possibilidades restritas por conta de um padecimento sempre estão presentes na vida cotidiana do Dasein. (ANÉAS, 2010; NOGUEIRA, 2007).

Quando falamos em padecimento, que fique claro que a ideia trazida por Heidegger não é de uma relação causal como habitualmente é colocado pela perspectiva científica tradicional. Para ele, o que está em questão no padecimento é o motivo, como algo que move o Dasein a um comportamento, a um determinado modo de ser. O motivo faz surgir o livre arbítrio, ele não o limita, não obriga. A pessoa não é obrigada, é livre. O motivo faz parte da experiência da existência, é produto das escolhas do próprio Dasein, portanto não aprisiona como na relação causal. O Dasein responde a motivos, mas sempre numa maneira que corresponde a sua liberdade essencial, ou seja, sempre de modo singular, o que justifica que seja impreciso o limite entre o que se considera normal e o que se considera patológico (ANÉAS, 2010; CANGUILHEM, 2009; NOGUEIRA, 2006).

No sofrimento de um padecimento, o que está em jogo é a existência, o modo de ser-no-mundo, como ser-para-a-morte. A presença existe finitamente. Enquanto poder-ser, a antecipação para o fim sempre coloca a morte como possibilidade do Dasein (HEIDEGGER, 2015).

“De fato, que começo é afinal efetivamente um começo sem ser começo de um fim?” (GADAMER, 2007, p.93).

5 O SER, A ORIGEM DO CUIDADO E O CUIDADO EM SAÚDE

“[...] ninguém age sem que (agindo) manifeste o seu eu latente” (DANTE apud ARENDT, 2007, p.188)

Antes de nos aprofundarmos nas questões do cuidado e na díade da relação entre médico e paciente, cabe aqui uma reflexão sobre a questão do sentido de *ser*. Segundo Heidegger (2015), o ente pode vir a ser determinado em seu ser sem que, para isso, seja necessário já dispor de um conceito explícito sobre o sentido de ser. Numa concepção ontológica, “ser” é pressuposto, mesmo sem um conceito explícito ou definitivo, mas que nasce da compreensão mediana de ser em que nos movemos desde sempre e que, em última instância, pertence à própria constituição essencial da presença. O ser só pode ser determinado a partir de seu sentido como ele mesmo.

Presença é como se pode designar esse ente que cada um de nós mesmos sempre somos e que, entre outras coisas, possui em seu ser a possibilidade de questionar. A compreensão de ser é em si mesma uma determinação de ser da presença. A presença não apenas é e está num mundo, mas também se relaciona com o mundo segundo um modo de ser predominante (HEIDEGGER, 2015).

Chamamos existência ao próprio ser com o qual a presença sempre irá se relacionar, de variadas maneiras. Sua essência está em ter de possuir o próprio ser como seu, sendo designada como presença enquanto pura expressão de ser (HEIDEGGER, 2015).

Como já vimos, o termo *Dasein* assume-se como uma palavra indicativa, condição existencial de possibilidade de um pensamento que não se define e nem se esgota em conceitos. Pode ser traduzido como “ser-no-mundo”, “presença” ou “existência”, algo que existe de forma finita, transcendentalmente, como estrutura radicalmente relacional. Podemos entender, então, esse “ser-no-mundo” como a vida fática. Entendemos ainda, que é a partir das relações que o homem e as coisas se definem, e não ao contrário (HEIDEGGER, 2015; ANÉAS, 2010).

Interessante também considerarmos que não se tem a escolha livre de existir. Nós somos jogados³ no “aí”, no “mundo”, e não sabemos de maneira alguma quem “nós” somos, o

³ O termo “jogado” nesse contexto deriva do alemão *werfen*, com o sentido de “dar a luz”.

que nos remete à busca pelo conceito de pessoa (GADAMER, 2007). Foi Boécio (480 – 524 d.C.) quem cunhou o primeiro conceito de pessoa que se tem registrado, “*naturae rationalis individua substantia*”, ou “substância individual de uma natureza racional”. É constitutivo da existência humana o fato de irmos ao mundo sem sermos questionados e de sermos chamados igualmente sem sermos questionados. Em todo o nosso “ter-sido-jogado”, vivemos em vista de nosso futuro, de um futuro para o qual nos projetamos (GADAMER, 2007).

Para Heidegger, o “ser-no-mundo” é também “ser-com”, uma constituição cooriginária. O “ser-no-mundo é tão originariamente “ser-com”, quanto ele é “ser-no-mundo” (HEIDEGGER, 2015; GADAMER, 2007). A partir daí, Heidegger fala de cuidado (*Sorge*) e também de preocupação (*Fürsorge*), cujo campo semântico na língua alemã é maior do que no português, indicando o cuidado que se tem com alguém ou com algo, podendo ser traduzido por “solicitude”, “cuidado”, “assistência”. Em sua concepção, a preocupação é em si liberadora, pois não consiste em cuidar do outro lhe satisfazendo todas as suas necessidades e lhe retirando o cuidado próprio ao “ser-no-mundo”, mas sim liberando-o para o seu próprio “ser-si-mesmo” (HEIDEGGER, 2015; GADAMER, 2007).

Na obra de Heidegger, cura e cuidado são termos que podem se confundir em suas traduções. De toda forma, é o cuidado que sustenta a existência, é ontológico-existencial (ANÉAS, 2010).

É inerente à cura (cuidado) o ser da presença, o ser-em e o ser-junto-a. A cura, ou cuidado, é sempre ocupação e preocupação. Heidegger (2015) nos apresenta em *Ser e Tempo* uma antiga fábula de Higino para melhor ilustrar a autointerpretação da presença como cura:

Certa vez, atravessando um rio, Cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a dar-lhe forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o seu nome. Enquanto Cura e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (*tellus*) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a Cura quem primeiro o formou, ele deve pertencer à Cura enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve chamar-se Homo, pois foi feito de húmus”. (HEIDEGGER, 2015, p.266).

Essa fábula é um elemento muito rico em significados. Aqui a cura é apresentada como aquilo a que pertence a presença humana enquanto vive. O homem (Homo) é

apresentado como um composto dotado de corpo e espírito, que tem a origem de seu ser na cura, sendo por ela mantido e dominado enquanto “for e estiver no mundo”. Recebe seu nome em referência ao elemento de que consiste (húmus), porém em uma última análise, é possível dizer que a substância do homem é a existência (HEIDEGGER, 2015). O “ser-no-mundo” tem a cunhagem da “cura”, na medida do ser. Saturno, na mitologia romana, era o deus do tempo, equivalente a Cronos na mitologia grega, e é ele o responsável por dar ao homem seu curso temporal no mundo. O termo “cura” aqui utilizado, não significa apenas um “esforço angustiado”, mas também o “acurar” e a “dedicação”. Assim como Sêneca em sua última carta escreve:

Dentre as quatro naturezas existentes (árvore, animal, homem, Deus) distinguem-se as duas últimas das demais por serem as únicas dotadas de razão e, entre si, porque Deus é imortal e o homem, mortal. Nelas, na perfeição de uma, a saber, de Deus, o bem realiza sua natureza, e na perfeição do outro, do homem, a cura (HEIDEGGER, 2015, p.267).

A perfeição do homem, o ser para aquilo que, em sua liberdade, pode ser para suas possibilidades mais próprias, é um desempenho da cura, ou cuidado, que da mesma forma determina seu modo fundamental, o “estar-lançado”. Do ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem dotam-se de um “acurar” e guiam-se por uma “dedicação”. Trata-se de uma generalização de caráter ontológico, de ser sempre subjacente, o que torna ontologicamente possível que esse ente possa ser onticamente referido como cura. “A condição existencial de possibilidade de ‘uma preocupação com a vida’ e ‘dedicação’ deve ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico” (HEIDEGGER, 2015, p.267).

Ayres (2011), sobre essa alegoria de Higinio trazida por Heidegger, propõe que os desafios e possibilidades do nosso dia-a-dia são esse húmus, que somos capazes de transformar com nossas mãos e mentes. Diz ainda que:

[...] o sopro vital que anima nossa criação não nos pertence, são vidas, valores, experiências, vontades do outro, entes admiráveis em sua singularidade e movimento; Enquanto perdura no tempo, enquanto permanece, o trabalho une e dá sentido a esse misto de contingências e liberdade. (AYRES, 2011, p.36).

Assim, o Cuidado funde matéria e espírito, mostra-se como fruto do encontro, sensível ao curso do tempo e aberto ao imponderável do futuro.

Considerando o cuidado em saúde como desdobramento do cuidado ontológico, é importante destacar que o Cuidado está em qualquer ação humana, ou seja, ele a funda e a possibilita. O cuidado em saúde como ação humana é um desdobramento (ANÉAS, 2010).

Cabe aqui uma observação sobre a *ação*, que segundo Arendt (2007), constitui-se numa das três atividades humanas fundamentais, juntamente com o labor (processos biológicos responsáveis pela vida) e o trabalho (artificialismo da existência humana, diferente de qualquer ambiente natural, a mundanidade). Ainda segundo a autora, a ação humana tem como condição a pluralidade, visto que embora todos sejamos iguais enquanto seres humanos, ninguém é exatamente igual a qualquer outra pessoa que já tenha existido, exista ou venha a existir. Como ela bem diz, “se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus ancestrais [...] se não fossem diferentes, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender” (ARENDRT, 2007, p.188). A ação e o discurso são as formas pelas quais manifestamo-nos uns aos outros enquanto seres humanos, revelando nossas identidades pessoais e singulares.

Trazendo a discussão para o campo da saúde, a noção de Cuidado nos é apresentada como uma forma possível de se transformar políticas, serviços e ações de prevenção e tratamento, “ao apontar para uma relação terapêutica interessada no sentido prático (ético, moral, político) da saúde, para além do sentido instrumental da abordagem biomédica tradicional” (AYRES, 2011, p.36).

Ainda conforme Ayres (2011), o cuidado é um exemplo de como se pode unir êxito técnico e sucesso prático nas ações de saúde, o que me faz recordar de um caso que vivenciei enquanto médico da APS, que aqui compartilho:

Durante uma manhã de atendimentos, uma das enfermeiras da unidade de saúde, a quem muito admiro o trabalho, me procura, pedindo ajuda com uma paciente que ela estava atendendo. Sônia⁴, com idade entre 40 e 50 anos, morena, cabelos pretos, cacheados, um pouco acima do peso, vez ou outra aparecia na clínica para resolver problemas seus e dos outros, mas há algum tempo não passava por uma consulta de fato. Há cerca de um ano vinha apresentando sangramento vaginal. Naqueles dias tinha notado alguma melhora, e decidiu então fazer o chamado “preventivo”.

⁴ Todos os nomes apresentados são fictícios

Ao realizar o exame especular, nos deparamos com uma extensa tumoração no colo uterino. Uma massa sangrante, que se desmanchava e se misturava à queixa de dor. O odor era bastante forte e desagradável, cheiro de podre. O diagnóstico já estava dado, Sônia tinha um câncer de colo uterino. Esperamos alguns dias para a confirmação através do exame histopatológico. Fizemos o encaminhamento e cerca de um ou dois meses depois ela estava iniciando seu tratamento no INCA. Entre nós, profissionais, o sentimento de frustração se misturava à vontade implícita de apontar culpados. “Como pôde deixar chegar a esse ponto?” “Tão nova...” “Está sempre por aqui.” “Ela cuida muito dos outros, mas de si mesma...” “Como ninguém viu?” “Por que ela não veio antes?” Se antes Sônia não nos procurou, depois de dado o diagnóstico algumas vezes esteve conosco. Vinha dar notícias do seu tratamento. Dividia conosco sua luta também através das redes sociais, onde nos tornamos amigos. Entre sessões de radioterapia, quimioterapia e internações, um ano se passou. Infelizmente foi o tempo necessário para que seu corpo não mais resistisse. Chegava ao fim a vida daquela mulher que, se no início hesitou, depois lutou com garra e sorriso no rosto até o fim. Fiquei triste por ter que aceitar que uma doença facilmente prevenível, diagnosticável e tratável havia tirado a vida de Sônia, e obviamente de mais tantas outras mulheres. Na minha cabeça, teria sido fácil evitar esse desfecho. Por quê?! Por que ainda se morre de uma doença como essa? Por que o tratamento às vezes começa tão tardiamente?

É evidente que “acertar” o diagnóstico, nesse caso, não foi motivo de satisfação alguma. Dominar o conhecimento técnico não foi suficiente para o sucesso prático. Sônia morreu, apesar de tudo. Há quem possa dizer que teve, ao menos, a dignidade de um diagnóstico e de uma tentativa (frustrada) de tratamento. A esse respeito, Cassell (2004), suscita a discussão de que por vezes os médicos se perdem no sentido do *porquê* do que estão fazendo, entrando em um conflito, por exemplo, entre a necessidade de identificar e conhecer

a doença que uma pessoa tem e a máxima hipocrática de *primum non nocere*, “primeiro não prejudicar”.

Considerando o caso de Sônia, assim como o de tantas outras mulheres que chegam tardiamente a esse diagnóstico, ou mesmo de tantas outras pessoas que chegam tardiamente a diagnósticos outros, nos fica evidente a situação de vulnerabilidade, que para Ayres (2011), seria justamente o oposto do cuidado, onde falta saúde, falta cidadania, falta inclusão, faltam tantos elementos, que, se superados, podem levar ao resgate dessas pessoas como sujeitos plenos. A *preocupação* com o “ser-no-mundo” pode ser o caminho para uma transformação dessas relações, para a valorização do ser humano enquanto e em sua existência, possibilitando efetivamente o Cuidado.

A vulnerabilidade em saúde pode ser vista como a violação sistemática das condições de reconhecimento dos sujeitos relacionadas a experiências indesejáveis de saúde e doença. Por outro lado, o conjunto de políticas, serviços e ações que têm como objetivo identificar situações de desrespeito aos sujeitos e oferecer meios de superá-las configura o que podemos chamar de Cuidado Público (Ayres, 2011).

A medicina tem fundamentalmente um comprometimento moral, pois se dedica ao bem estar das pessoas de que cuida. Médicos e pacientes estão envolvidos numa matriz na qual a doença, o médico, o relacionamento com o médico e o ambiente social interferem diretamente nos direitos do paciente como um ser autônomo. Liberdade e autodeterminação representam valores mais importantes que a recuperação da doença. Ajudar os pacientes a recuperarem a sua autonomia deve ser visto como uma função primária da medicina (CASSELL, 2004).

Em contraponto à história de Sônia, recordo-me de um outro encontro:

Lembro-me de Simone, paciente de 47 anos, portadora do vírus HIV há pelo menos uns dez anos, sem manifestar sinais ou sintomas de doença, portadora também de hipertensão arterial. Mulher negra, simpática, mãe de três filhos, dona de um sorriso bonito mas não muito frequente, tranquila, pouco falante, de óculos, cabelos cacheados na altura do ombro, geralmente objetiva, um pouco apressada, mais adepta dos primeiros horários da manhã, já minha conhecida de algumas consultas de rotina. Num desses nossos encontros, antes dela ir para o trabalho,

percebi em seu prontuário que o último preventivo ginecológico já fazia mais de dois anos. Propus a coleta, naquele momento ela não quis, mas deixamos um retorno combinado para a realização do exame. No dia marcado ela veio. Exame feito. aparentemente tudo bem. Um mês depois, recebo o resultado: lesão de alto grau, compatível com NIC II ou III, um estágio que antecede o câncer de colo uterino. [...] Chamo Simone para entregar e explicar o resultado. Ela precisa agora de um outro exame, uma colposcopia. Encaminhamento feito para a Ginecologia. Esperamos que seja um caso a menos de câncer de colo uterino nesse mundo.

Esse caso de Simone me deixa muito mais alegre, me renova as esperanças. De certa forma, o exame cumpriu o seu objetivo. Utilizado como método de rastreamento, a colpocitologia oncótica, exame citopatológico, ou simplesmente preventivo ginecológico, é um método simples, barato, amplamente acessível e de fácil realização, que nos permite identificar alterações a nível celular no colo do útero, muitas vezes imperceptíveis a olho nu, que se não tratadas têm grande probabilidade de evoluírem para uma doença mais grave, que é o câncer de colo uterino.

No Brasil, a recomendação atual do Ministério da Saúde é que as mulheres entre 25 e 64 anos de idade façam esse exame a cada três anos, caso os dois primeiros, num intervalo de um ano, estejam negativos. Mulheres que vivem com o vírus HIV por estarem mais suscetíveis a esse tipo de lesão, são uma exceção a essa regra, devendo fazer o exame anualmente (BRASIL, 2016).

Exames de rastreamento são recursos interessantíssimos que temos em nível de saúde pública. A ideia é que sejam altamente sensíveis para o diagnóstico de determinada condição, ou seja, dificilmente haverá um resultado falso-negativo. A partir dos resultados positivos, testes adicionais deverão ser empregados, conforme cada caso, para a correta definição diagnóstica e tratamento oportuno (BRASIL, 2010a).

É claro que, para que se justifique tal prática, a doença ou condição em questão deve ter uma prevalência significativa entre a população, de modo que a intervenção tenha impacto positivo sobre a sua morbimortalidade, representando menos adoecimento, menos mortes e menos gastos com tratamentos mais agressivos e prolongados. A título de curiosidade, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), série temporal 2000 – 2015, o câncer de colo uterino é o terceiro com maior taxa de mortalidade entre as mulheres no Brasil,

ficando atrás dos cânceres de mama e de pulmão, respectivamente. Em 2016, foi responsável por 5.847 mortes no nosso país, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,70 óbitos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2016).

E onde entram Simone e Sônia nessa história toda? Por que estamos falando tudo isso? Elas, assim como a grande maioria das mulheres que têm câncer de colo do útero no mundo, pertence a um estrato sócio-econômico mais baixo, é uma mulher pobre, e encontra-se em plena fase produtiva de sua vida. Dados do *Global Cancer Observatory* (GCO), ligado à Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), parte integrante da OMS, mostram que 85% dos casos de câncer de colo uterino ocorrem nos países menos desenvolvidos, com taxas de mortalidade que variam desde 2 por 100.000 mulheres em regiões com melhor infraestrutura até 27,6 por 100.000 mulheres nas regiões com sistemas de saúde mais precários, por assim dizer, mais vulneráveis (WHO, 2019).

Se a vulnerabilidade, como bem disse Ayres (2011), é o oposto do cuidado, podemos afirmar que a falta do cuidado mata, tira vidas, adocece e aumenta o abismo da desigualdade entre as camadas sociais.

Reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrosociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana. (BARATA, 2009, p. 109).

A população mais pobre sofre mais diretamente o impacto negativo das desigualdades na qualidade de vida, porém as demais camadas da sociedade também tendem a ser afetadas, em decorrência da deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, aumento da criminalidade e violência. Países mais igualitários gastam mais em bens e serviços públicos. Serviços universais de saúde são ferramentas capazes de reduzir as desigualdades, ao passo que diminuem as diferenças nas condições de vida e oferecem serviços similares para toda a população (BARATA, 2009).

Voltando à história de Simone, a relação estabelecida no espaço intercessor criado entre eu e ela, seu médico, no processo de cuidado foi determinante para a sua saúde. Enquanto seu médico, eu tive a oportunidade de oferecer a ela a realização de um exame que, embora estivesse previsto, se eu não tivesse me preocupado, ou se ela não tivesse se importado, talvez não fosse feito. Talvez Simone passasse ainda alguns anos sem fazer o preventivo ginecológico, tomando suas medicações do HIV, da hipertensão, e indo a suas

consultas de rotina. Talvez em algum momento ela percebesse um sangramento, ou um cheiro diferente em si, assim como aconteceu com Sônia, e aí o prognóstico fosse outro totalmente diferente. Não temos como responder com exatidão a essas indagações.

Para Kidd (2016), o desempenho clínico pode ser avaliado considerando-se a coerência dos serviços oferecidos com o atual estado de conhecimento, e se prestados no tempo adequado.

Dados de um estudo realizado na China em 2011 mostram que dos médicos atuantes na APS mais de 80% consideravam que poderiam melhorar o seu desempenho clínico, sendo que questões como o desenvolvimento profissional, oportunidades de treinamento, ambiente de vida, condições de trabalho, benefícios e renda tiveram co-relação positiva com a melhoria do desempenho profissional para mais de 90% dos entrevistados (LI-MEI et al., 2013).

Há muitos estudos publicados que se propõem a avaliar a APS no Brasil, mas eles são em geral voltados para atributos, dados de produção, indicadores de saúde, ou a percepção dos usuários. Nas minhas buscas não encontrei um estudo nacional semelhante ao chinês, mas considerando tudo o que já vivenciei durante o meu tempo de formação e atuação na APS, arrisco supor que os resultados seriam semelhantes.

Conforme Mendonça et al. (2018) o cuidado pode ser entendido como relações em processo, constitutivamente intersubjetivas, devendo a sua gestão ser feita levando-se em consideração os recursos existentes, saberes, sujeitos e processos envolvidos nas práticas do cuidado, isto é, em cada espaço intercessor criado entre profissionais e usuários do sistema de saúde, com o protagonismo das equipes de APS. O que oferecemos, enquanto setor saúde, deve estar de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, ao mesmo tempo que tenha também orientação familiar e coletiva. Os produtos desses encontros podem ser positivos, contribuindo para valores centrais da gestão do cuidado, como a autonomia, segurança, bem-estar e felicidade dos usuários, ou podem ser negativos, deletérios, verdadeiros desencontros.

6 CUIDADO, INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

“Com palavras e atos nos inserimos no mundo humano, realizando um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato original do nosso aparecimento físico” (Hannah Arendt).

O conceito de Cuidado aplicado ao campo da saúde traz a premissa de tornar “integrais” e “humanizadas” as práticas, fazendo com que sejam vistos sujeitos, pessoas, onde até então só havia objetos, doenças, órgãos afetados, funções alteradas ou prejudicadas (AYRES, 2011).

O cuidado em saúde não é possível sem a presença de outro Dasein na relação. A instrumentalidade em seu *para quê* sempre traz um *para quem* e um *de quem* conjuntamente (ANÉAS, 2010).

Merhy (2004) pontua que o cuidado não é um ato, mas sim um acontecimento. Trata-se de um encontro entre duas pessoas, uma que apresenta alguma necessidade de saúde qualquer, e outra identificada como detentora de um certo saber-fazer tecnológico, que permitirá que ocorra a produção de cuidado. O profissional de saúde assume o lugar de quem vai cuidar, por meio de um conjunto de saberes e técnicas, com os quais vislumbra “resolver” a necessidade do outro, o usuário, que por sua vez coloca-se como objeto da ação, na expectativa de que a sua demanda seja devidamente atendida, sem no entanto deixar de também ser sujeito.

Profissional de saúde e usuário fazem desse encontro um acontecimento produtivo intercessor, único, no qual faz diferença quem está se encontrando. O espaço intercessor que surge entre esses dois sujeitos sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. Um intervém sobre o outro, modifica e é modificado, o que faz com que este seja um processo dinâmico, dentro da lógica da mútua produção em ato micropolítico. Há uma “intersecção partilhada” entre profissional de saúde e usuário (MERHY, 2004).

Trago a seguir uma narrativa sobre um dos tantos encontros que já vivenciei:

Terça-feira, quase final do dia de trabalho, o sol já se pondo, eu num raro momento sozinho no consultório, quando a ACS que estava no acolhimento da unidade vem até mim relatando a chegada de um paciente. Eu não o conhecia, ele não tinha o famigerado cadastro, mas pelo endereço informado era morador

do território da nossa equipe (“melhor atender logo”, pensei). Thiago, um rapaz loiro, cabelos bem curtos, de aproximadamente 20 anos de idade, entra no consultório vestindo uma roupa social que era o uniforme da empresa onde trabalha. Carregava uma mochila nas costas e um grande peso no olhar. Estava visivelmente apreensivo. Entregou-me os papéis que trazia. Havia ido a um “CTA” (Centro de Testagem e Aconselhamento) no bairro em que trabalha, e sido orientado a buscar atendimento na unidade básica de saúde mais próxima do seu domicílio, pois havia sido diagnosticado com HIV. Fisicamente não sentia nada. Fez o teste por ter ficado ‘cismado’ com uma relação sexual que teve tempos atrás, foi o que ele me disse. Não tinha parceria fixa. Contou-me que se considera bissexual, mantendo mais comumente relações sexuais com homens, nem sempre com preservativo. Disse ainda que não gostaria que a sua mãe soubesse, nem do diagnóstico nem de sua sexualidade. Claro, expliquei a ele sobre o sigilo médico e o tranquilizei, pois este diagnóstico seria mantido apenas entre nós dois, e quem mais ele por ventura viesse a contar. Orientei sobre os próximos passos a serem dados, a indicação de uso de medicamentos antirretrovirais, de se realizar mais alguns exames adicionais, trabalhei a questão da aceitação dessa nova condição e ofereci espaço para que ele tirasse dúvidas naquele momento ou quando estivesse mais confortável. Ao propor uma data para o retorno, ele assumiu não morar no território. Disse que havia dado o endereço da mãe no CTA porque estava com medo. Deslocou-se às pressas, aflito, no final do dia para uma unidade básica de saúde, que no final das contas não era a sua referência. Pelo menos havíamos tido uma boa conversa. Se essa não era a sua referência geográfica, passaria agora a ser sua referência de cuidado. Thiago estava mais tranquilo. Concordou em voltar para um segundo atendimento. E depois para um terceiro. E um quarto... e já nem sei mais quantos encontros tivemos. Há pelo menos uns três anos forneço suas receitas e sou o médico responsável pelo seu tratamento.

No dia-a-dia são muitos pacientes sendo atendidos. Alguns de primeira vez, uns tantos de retorno, provavelmente outros “de última vez”, nunca se sabe. Tudo é muito dinâmico, vivo, assim como o território. No decorrer dessa dissertação abordaremos com maior profundidade a APS e a ESF, mas comentamos aqui sobre uma de suas características no Brasil: a territorialização. Cada usuário do sistema de saúde tem, de acordo com o endereço onde mora, uma unidade básica de saúde ou uma equipe de saúde da família para chamar de sua. Teoricamente não é algo que possa ser facilmente modificado, mas na prática fazemos nossas concessões e adaptações quando necessário. Depois de estabelecido nosso encontro, seria frustrante que o vínculo que eu e Thiago começamos a construir tivesse que ser desfeito por causa de um endereço.

Dar um diagnóstico não é uma tarefa qualquer. Envolve alguma expertise, sobretudo para aqueles profissionais que almejam continuar cuidando de quem diagnosticam. Dizer a uma pessoa que ela tem HIV não é o mesmo que dizer que ela tem um resfriado, que também não é o mesmo que dizer que ela tem câncer ou diabetes. Cada doença, ou condição por melhor dizer, traz consigo diferentes significados e representações para cada pessoa.

O que estava se passando com Thiago naquele momento? Ao buscar um local para fazer o teste, ele certamente já imaginava que pudesse estar positivo para o HIV. Porque então mostrava-se apreensivo? De fato, um novo mundo se descortinava para ele. Um indivíduo jovem, saudável, via-se agora tendo que incluir em sua rotina um espaço para consultas, exames e medicamentos. Tudo bem, pelo menos tem tratamento, e se correr tudo bem como se espera, ele não vai adoecer ou manifestar nenhuma outra forma de doença decorrente da infecção por esse vírus. Mas e para manter tudo isso em segredo? Como? Por quanto tempo? Será que é fácil? Parece, nesse caso, que cuidar do corpo não trará dificuldades, mas e a mente, o pensamento? De onde vem de fato o adoecimento?

A resposta usual de um indivíduo à experiência da doença compreende três estágios: conscientização, desorganização e reorganização. No primeiro, de ambivalência, a pessoa quer saber a verdade e entender a experiência da doença, mas ao mesmo tempo não quer admitir que algo possa estar errado. Em seguida, quando a realidade da experiência da doença é aceita, a pessoa tende a se desestabilizar, se em parte ainda queria não acreditar, agora se vê confrontada com uma condição nova que lhe trará implicações, o que acarreta sentimentos diversos como medo, revolta, sensação de indefesa, vulnerabilidade, perda, solidão, traição. Passada essa fase, num terceiro momento, vem a reorganização. A pessoa torna-se capaz de

encontrar um novo significado frente à experiência da doença e busca formas de seguir adiante com a sua vida e rotina (STEWART, 2017).

Conforme Merhy (2004), para que possa atuar, o profissional de saúde conta com três tipos de ferramentas, que podem ser chamadas de tecnologias: “Tecnologias duras”, que compreendem o que é físico, recursos visuais, equipamentos, instrumentos e aparelhagem de um modo geral, “que as mãos podem tocar”. É o teste positivo de Thiago, os exames realizados, os medicamentos a serem tomados; “Tecnologias leves”, ou das relações que se produzem entre dois sujeitos, campo de tensão e de disputas de interesses, perceptíveis ou não, que só têm existência em ato. É o encontro, o espaço estabelecido em cada ato que configura um atendimento, um cuidado de saúde; “Tecnologias leve-duras”, que dizem respeito, em seu componente “duro”, a saberes bem definidos e estruturados, como a clínica, a epidemiologia, o conhecimento dos estágios da experiência da doença, entre tantos outros conhecimentos que permitem ao trabalhador capturar e significar de uma forma particular o mundo do usuário e de suas necessidades, enquanto seu objeto de intervenção. No trabalho vivo em ato, pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico, interferem no processo produtivo de forma a provocar incerteza sobre o produto a ser realizado, isto é, que não exista uma única receita de bolo a ser seguida por todos. É o que dá a tônica única do encontro entre profissional e usuário, que faz com que não exista uma forma única de se exercer a clínica, pois os processos produtivos em saúde acontecem dentro desse espaço intercessor partilhado entre profissional e usuário, sendo produtores de cuidado singulares.

O uso de um instrumento nunca é solto no mundo, pois o mundo é uma rede de relações articuladas e significadas entre os entes intramundanos (instrumentos / objetos) e os Daseins (pessoas) (ANÉAS, 2010).

A questão do cuidado em saúde torna-se especialmente relevante quando consideramos as diretrizes de humanização, hoje em dia tão entremeadas às práticas em saúde, que foram inclusive objeto de uma política nacional do Ministério da Saúde no campo da assistência, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), vigente desde 2003, que prevê a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, como sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Tem como princípios a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade e o fomento do protagonismo das pessoas (Brasil, 2010b).

O termo humanização deriva do humanismo, doutrina filosófica originada na Grécia Antiga, com Sócrates (469 – 369 a.C.), também apoiada pelo estoicismo pela forma como concebiam a natureza, os princípios de solidariedade entre as pessoas e a busca da felicidade, e que atravessa outros grandes períodos da história, como o Renascimento e o Iluminismo. “Um humanista pode ser definido como alguém cuja visão de mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos. O humanismo realça a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos” (GAADER, 2002, p.55 apud DESLANDES, 2006, p.24). Cícero (106 – 43 a.C.), um dos grandes estóicos, levou o humanismo a um lugar central na filosofia, sintetizado por uma frase a ele atribuída: “para a humanidade, a humanidade é sagrada”. O pensamento humanístico trazia a ideia de colocar os seres humanos, e não os deuses, como responsáveis pela vida social e pela cumplicidade e compaixão entre as pessoas, elegendo a razão como base das percepções. Na área da saúde, nos dias atuais, a humanização é vista como um movimento que visa instituir o cuidado e a valorização da intersubjetividade nas relações (DESLANDES, 2006).

Humanizar tem como definição no dicionário tornar(-se) humano, benigno, afável, compassivo. Humanismo, por sua vez, é definido como sistema dedicado ao estudo da ética e da natureza humana, um conceito que como já vimos remonta à filosofia desde a antiguidade.

A medicina, por ter no ser humano o sentido de sua atuação, é e sempre será “humanista”. Mas e então, como tornar humano algo que já tem o homem em sua essência? Atualmente é relativamente comum que tenhamos certa tendência de ver a incorporação de tecnologias duras à prática médica como algo que contribui para desumanizá-la, para tornar mais distantes médicos e usuários. Entretanto, uma viagem pela história da medicina não nos mostra necessariamente que o passado tenha sido mais humanizado do que o nosso presente ou projeções futuras (MANSUR, 2009).

Para que os métodos complementares de investigação diagnóstica que temos disponíveis hoje possam ser utilizados, há de se estabelecer o espaço intercessor entre profissional de saúde e usuário, é preciso haver o encontro que irá gerar o cuidado. A incorporação de determinadas tecnologias duras pode ser benéfica para um contingente de pacientes; desnecessária e, portanto, não indicada para outros tantos, por apenas implicar em custos e riscos evitáveis; e por fim, para um último contingente de pacientes pode até mesmo vir a ser prejudicial (MANSUR, 2009).

Perestrello (2006) pontua que o médico muitas vezes não se dá conta de que o paciente é um ser humano, semelhante a ele. Reveste-se, geralmente na melhor das intenções, de toda

tecnologia dura e leve-dura para abordar esse seu semelhante, ávido por definir um diagnóstico e uma terapêutica. Terapeuta, entretanto, não tem o sentido único de curar, mas também de cuidar, alguém obsequioso, que serve, servidor. Em suma, o médico para ser terapeuta precisa ir além de fazer perguntas dirigidas, examinar e receitar medicamentos. Ele precisa demonstrar autenticidade, ter apreço pelo paciente, respeitar a sua individualidade e ouvir o que se tem a dizer, para como diz o autor extrapolar o “diagnóstico da doença” e chegar de fato ao “diagnóstico do doente”.

Há algo nas relações humanas difícil de se descrever e é justamente isso o que as norteia: o que se capta da outra pessoa, o que vem de dentro dela. O verdadeiro médico, empenhado autenticamente em seu paciente, com um interesse humano real em ajudá-lo, será percebido como tal. (PERESTRELLO, 2006, p.103).

A relação entre o profissional de saúde e seu paciente mostra-se fundamental para o procedimento diagnóstico e para o sucesso do processo terapêutico. Novamente citando Perestrello, vemos que é o estudo da pessoa, da pessoa com o seu mundo, que se faz necessário.

[...] doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, *o homem não existe, coexiste*. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra. (PERESTRELLO, 2006, p.43, grifo do autor).

Assume-se, portanto, a integralidade como fundamento de ações de prevenção eficazes, com importante papel também no processo de cura e recuperação. Uma assistência integral deve promover a singularidade da pessoa.

Dáí vem o caráter único e insubstituível da relação que se estabelece entre médico e paciente nos processos de cuidado, a qual almeja-se que seja forte e de confiança, que haja empatia, isto é, o entendimento da situação da pessoa, a comunicação desse entendimento e ação no sentido de ajudar a pessoa. A decisão e escolha dos recursos tecnológicos apropriados, bem como sua correta interpretação, é fruto da avaliação médica, resultado do espaço intercessor partilhado entre esses dois sujeitos. Por isso, podemos afirmar com tranquilidade que não ocorre, necessariamente, desumanização ao se incorporar tecnologias duras. A questão aí é o modo como isso é feito.

Ainda conforme Mansur (2009), a lógica básica do exercício da medicina continua podendo ser dividida em três aspectos: obtenção de dados do paciente (ouvindo-o, examinando-o com as mãos e examinando-o com recursos adicionais adequados à necessidade de cada paciente), análise dos dados obtidos (formulação de hipóteses diagnósticas) e conclusão, terapêutica, o estabelecimento de um plano. Para que tudo isso aconteça, ter um método clínico a ser seguido é de fundamental importância, o que discutiremos mais adiante.

Vejamos uma outra situação:

Clínica da Família. Quarta-feira. 16:00h. Ao final de uma consulta programada, Agenor, um senhor de aproximadamente 60 anos, me surpreende e me alegra, ao me parabenizar pelo atendimento. Fico orgulhoso. Recentemente havíamos passado por um processo interno de reterritorialização entre as equipes e essa era a nossa primeira consulta. Ele diz que está muito satisfeito, e que ao longo de tantos outros atendimentos naquele mesmo local, essa era a primeira vez que utilizavam um estetoscópio para auscultar seu coração. Dito isso, senti o orgulho se esvaír e a alegria ficar sem graça, dando lugar a um sentimento de frustração, não individual, mas coletiva.

Sabemos que ao procurar um atendimento de saúde, o usuário traz consigo sentimentos, ideias, preocupações e expectativas. Nesse relato percebemos que ser examinado através de uma ausculta cardíaca era uma expectativa não explícita que Agenor tinha em relação a sua consulta. Sem saber, julgando estar fazendo o certo (ou o necessário), correspondi a uma de suas expectativas, o que gerou como reação sentimentos de gratidão, satisfação, felicidade e confiança. Assim também aconteceu com Thiago, que já veio com um diagnóstico dado, mas sem saber ao certo o que fazer com ele.

Quanto mais forte é a relação entre o usuário e o médico, melhor é a aliança terapêutica que se estabelece entre eles. É uma relação que exige habilidades variadas, altamente técnicas, psicologicamente profundas e pessoalmente empáticas, ousando ainda dizer que o agente primário do tratamento é o médico. Do ponto de vista do usuário, a confiança é um elemento central da relação estabelecida com o médico, é a crença de que se pode acreditar em sua sinceridade, benevolência e autenticidade, implicando geralmente numa

transferência de poder para que ele aja em seu nome da melhor forma possível (CASSELL, 2013).

Por outro lado, a falta de respeito, compaixão, empatia ou mesmo apoio, implica em consequências negativas para as pessoas no que tange o autorrespeito e seus recursos internos, justamente quando elas mais precisam deles. O distanciamento entre o médico e a pessoa por vezes pode ser tão grande a ponto de que um não mais veja o outro como ser humano, como ser-no-mundo, ou como ser-com, numa espécie de “arrogância sistêmica” (STEWART, 2017).

Voltando às situações narradas, veja que a relação entre médico e usuário se deu numa Clínica da Família, uma Unidade Básica de Saúde, que, para o município do Rio de Janeiro representa um marco na reforma da sua APS e gestão do cuidado em saúde. O processo de implantação dessas unidades de saúde, iniciado em 2009, visava uma organização municipal da APS que possibilitasse o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS de universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Rio de Janeiro, 2012).

As Clínicas da Família têm como pontos-chaves a delimitação da sua lista de usuários definida com base territorial e a proximidade com o cidadão, que conhece pelo nome o profissional responsável pelo seu cuidado ao longo do tempo, favorecendo um melhor desempenho clínico e uma relação de confiança (SORANZ, 2012, apud Rio de Janeiro, p. 5).

Ora, o que é a Unidade Básica de Saúde senão um local de construção de saúde e produção de cuidado? Temos aí um espaço fértil para o surgimento de infinitos espaços intercessores entre profissionais de saúde e usuários, e, como vimos há pouco, essa relação de confiança citada no trecho acima será determinante no sucesso do trabalho e das relações que aí se desenvolvem.

No relato trazido sobre o encontro com Agenor, me causou incômodo saber que naquele serviço de saúde nunca seu coração havia sido auscultado. Também me constrangeu o fato do próprio Agenor ter se incomodado, mas ter também se calado a esse respeito até então. Estamos ou não estamos construindo relações de confiança nesses tantos espaços intercessores? Que tipo de cuidado estamos produzindo? Fiquei preocupado, pois talvez a questão não fosse apenas o coração. Será que Agenor já havia se sentido ouvido? Será que ele sentia-se valorizado como preconiza o nosso HumanizaSUS? Seria esse um exemplo de desumanização? E quanto a Thiago? Parece humanizado um atendimento que para ocorrer precisa começar com o fornecimento de um endereço falso? E quanto ao CTA, que até então

eu desconhecia a existência, faz sentido um serviço oferecer testes para diagnóstico de HIV, mas não dar continuidade ao acompanhamento do paciente? Dentro da lógica da organização dos dispositivos de saúde numa rede de atenção à saúde, o paciente trilhará seu caminho para ter acesso ao tratamento e ao que mais necessitar, mas em que condições ele fará esse percurso? Isso é de fato integralidade?

O desafio da humanização perpassa uma infinidade de situações. É importante pontuar que fenômenos genericamente apontados como desumanização podem expressar mais do que falhas éticas individuais, correspondendo na verdade a fenômenos cuja origem não está no fato em si, mas sim na expressão de determinadas concepções de trabalho e na organização precária de processos de trabalho (Brasil, 2010b).

Já se aponta que há uma tolerância social cada vez maior para com as injustiças sociais e os sofrimentos infligidos às pessoas em nossa sociedade, num mecanismo de defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade no agravamento da desigualdade social. Assim se explica o fato de que muitos profissionais de saúde tenham, involuntariamente, dificuldade de se solidarizarem com a dor e o sofrimento alheios, fruto da incapacidade de lidarem com seu próprio sofrimento psíquico decorrente de uma organização do trabalho fragmentada. Além da precarização das relações de trabalho, o fato de nos serviços de saúde lidar-se com a morte, com a dor e com o sofrimento alheio, é ansiogênico e, naturalmente, produtor de defesas (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, desloca o enfoque do âmbito individual, evitando ações prescritivas como capacitações e treinamentos. O objetivo não é “humanizar o desumano”. Se as “práticas desumanizadoras” estão ligadas à precariedade de organização do trabalho, faz sentido relacioná-las aos temas da gestão e das condições concretas de trabalho. A PNH baseia-se num “método de tríplice inclusão”, que consiste em incluir nos processos de produção de saúde os diferentes agentes implicados nestes processos. São eles: os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), visando produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; os analisadores sociais (fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança); o coletivo (como movimento social organizado ou mesmo como grupo de trabalhadores de saúde como experiência singular sensível na mudança dos perceptos e afetos) (Brasil, 2010b).

Dentre os princípios e diretrizes da PNH estão o acolhimento, a clínica ampliada, a democracia das relações, a valorização do trabalhador, a garantia dos direitos dos usuários e o

fomento de redes. Além da inclusão, torna-se muito importante a formação, elemento inseparável dos processos de mudança e de intervenção, permitindo a experimentação e construção de extensividade da PNH ao SUS (Brasil, 2010c).

A humanização está associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, como a satisfação do usuário, a integralidade, necessidades de saúde, qualidade da assistência, a intersubjetividade envolvida no processo de atenção, entre outros. De um modo geral, objetiva-se a construção de um modelo assistencial capaz de dar dignidade e de valorizar como sujeitos os diferentes atores (gestores, profissionais e usuários) envolvidos no processo de produção de cuidados (DESLANDES, 2006).

Ainda assim, é relativamente comum o debate a esse respeito. Em que consiste, de fato, humanizar o cuidado em saúde? Embora possa se dar de tão diferentes maneiras, o que seria desumanizá-lo?

Em 1972, teve lugar em São Francisco, nos Estados Unidos, um simpósio intitulado “Humanizando o Cuidado em Saúde”, que reuniu importantes nomes da sociologia médica norte-americana, resultando em consistentes contribuições sobre o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e possíveis formas de se implementar cuidados humanizados. Discutia-se o papel de fatores estratégicos para a (des)humanização do cuidado, relacionando-os a temas como a relação médico-paciente, a formação médica, a comunicação e acesso à informação no processo terapêutico, as relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões e aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos (DESLANDES, 2006).

Nesse mesmo contexto, surgiam estudos com a temática do comportamento do indivíduo diante do processo saúde-doença, com análises dos significados de se estar doente, dos sentidos atribuídos a diferentes doenças e à procura de ajuda médica. David Mechanic, em sua obra *Illness Behaviour* (1986) demonstra que essa perspectiva é especialmente relevante, pois “nos ajuda a entender as inconsistências entre a racionalidade médica e a resposta dos indivíduos” (NUNES, 1999, p.126 apud DESLANDES, 2006, p.36).

Deslandes (2006) resgata o modelo de oito condições que seriam necessárias e suficientes para definir a humanização, conforme proposto por Howard em 1975:

O intrínseco valor da vida humana – remonta sobre aspectos como igualdade, equidade e traz a discussão de saúde como direito e não como privilégio dos que podem pagar;

A insubstituibilidade de cada ser humano – singularidades definidoras de uma identidade única, o que diz respeito tanto aos profissionais quanto usuários;

Considerar as pessoas em sua integralidade – visão holística do ser humano, compreender aspectos da vida do indivíduo relevantes para o cuidado em saúde, preocupação com a fragmentação do cuidado;

Liberdade de ação – questiona situações que podem restringir a liberdade de ação dos profissionais por limitação de custos, exigências administrativas, pressão dos pares, entre outros, e também dos usuários, pelo próprio adoecimento ou por falta de conhecimento, por exemplo;

Status de igualdade – tratar o outro como igual, reciprocidade, empatia, acesso à informação, ainda que dado a assimetria de conhecimentos específicos entre profissional e usuário;

Compartilhamento na tomada de decisões – usuário sujeito e portador de direitos, entre eles o de informação, autonomia (ainda que relativa) e arbítrio;

Empatia – identificação do profissional com os problemas vividos pelos usuários, sendo importante estabelecer barreiras protetivas;

Afeto – envolvimento emocional, sobretudo vínculos positivos entre as pessoas doentes e seus cuidadores.

Já no século XIX, Rudolf Virchow (1821 – 1902), considerado hoje o pai da patologia moderna e medicina social, ao mesmo tempo em que dizia que as doenças decorriam de alterações das células, atribuía a origem de muitas doenças às condições sociais da população. Cassell (2004) assume que a medicina tende a se reerguer como uma profissão humanista, devotada primariamente ao bem estar dos pacientes. Vivemos em uma era de envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, o que implica em mudanças nas principais necessidades das pessoas. Como nós, profissionais da Saúde da Família, estamos lidando com tudo isso?

7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao mesmo tempo que estava em voga nos Estados Unidos a questão da humanização e dos cuidados em saúde, a “Declaração de Alma Ata” colocava os cuidados primários em saúde como sendo fundamentais para se alcançar um nível de saúde aceitável a nível global até o ano 2000 (OMS, 1978), definindo APS e os cuidados primários como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde [...] (OMS, 1978, p.3).

Essa declaração foi fruto da célebre Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância em setembro de 1978, em Alma Ata, no Cazaquistão, na época parte da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

No contexto que o mundo vivia naquele momento, foi posto que os cuidados primários em saúde seriam capazes de reduzir a desigualdade existente entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, contribuindo a promoção e a proteção da saúde para o contínuo desenvolvimento econômico e social, assim como para a melhor qualidade de vida e até mesmo para a paz mundial (OMS, 1978), num mundo ora polarizado e dividido pela guerra.

A Constituição Federal do Brasil de 1988, ao estabelecer saúde como “direito de todos e dever do Estado” reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença, estando alinhada às ideias de Alma Ata. Nasce daí o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, que há mais de trinta anos vem reafirmando os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social (GIOVANELLA et al., 2019).

O trabalho desenvolvido na APS possui características próprias, como a integração de profissionais com diferentes tipos de formação, o acompanhamento continuado ao longo do

tempo de um grupo populacional por equipes de saúde, o fato de ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde e de incorporar atividades de promoção e prevenção de saúde à rotina assistencial e curativa, dentre outras. Com isso, estima-se que nesse nível de atenção até 90% dos problemas de saúde da população possam ser resolvidos (Brasil, 2010d).

Há no mundo diferentes maneiras de se organizar a APS e o ideal é que tais serviços sejam mesmo adaptados às realidades locais de suas populações. No Brasil, optou-se pela Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal forma de consolidação da APS, que é o eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 1978, a APS é tida como a forma mais custo-efetiva de se oferecer serviços de saúde essenciais. Para que ela possa ser considerada de alta qualidade, é importante que os pacientes sejam tratados com dignidade e eficiência, que se constitua como uma porta de entrada acessível para o sistema de saúde, sendo capaz de estabelecer uma relação longitudinal e sustentada com os pacientes ao longo do tempo, que aborde de forma integral as necessidades de atenção à saúde das populações, problemas comuns e comorbidades, incluindo determinações físicas, psicológicas, sociais e culturais de saúde e doença. O cuidado deve ser coordenado com outros profissionais de saúde, custo-efetivo, de alta qualidade, responsável e orientado para a comunidade, incluindo parcerias e envolvimento local. Preconiza-se uma distribuição equitativa de serviços de saúde (KIDD, 2016).

A APS brasileira está implementada como política de Estado e definida em um formato abrangente, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, qualidade e participação social (Brasil, 2004).

A partir de experiências exitosas no Nordeste, nas décadas de 70 e 80, com a utilização dos chamados auxiliares de saúde, mais tarde renomeados agentes de saúde, que receberam treinamento por parte dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, passando a desenvolver atividades junto às famílias e estimulando que as mães e crianças passassem a frequentar rotineiramente a unidade básica de saúde para acompanhamento pré-natal e de puericultura, o que fez com que se observasse diminuição do atendimento de crianças na emergência hospitalar e também diminuição da mortalidade infantil. Recebendo avaliações

positivas, na década de 90 tais experiências passaram a ganhar outros Estados e por fim todo o país, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (Brasil, 2010d).

“Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral, o agente comunitário de saúde (ACS) fez cair, em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a primeira semana de vida. Assim, cresceu o planejamento familiar, e muitos leitos pediátricos dos hospitais foram transformados para o atendimento aos adultos. Foram essenciais para esse sucesso o fortalecimento da democracia, a vitória sobre a inflação, a previdência rural, a elevação do salário mínimo, o aumento da escolarização e a própria Estratégia Saúde da Família.” (LAVOR, 2010 *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil – Brasília, 2010, p.18).

No início da década de 90 o acesso aos serviços de saúde no Brasil continuava precário, sendo que aproximadamente 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum médico atuando. Nessa época o surgimento do PACS foi uma alternativa possível para melhorar as condições e os indicadores de saúde em todo o país. A existência desse programa foi fundamental para que em 1994 surgisse o Programa Saúde da Família (PSF), ainda que com recursos financeiros escassos e nenhuma estratégia para preparação dos profissionais requeridos, mas com grande potencial para a reorganização dos serviços de saúde, com responsabilidade territorial e profissionais de saúde atuando em equipes cuja atenção está voltada para as pessoas, suas famílias e comunidade, construindo vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Foi uma proposta que trouxe a abordagem familiar e comunitária para o centro da organização da atenção à saúde, num momento em que habitualmente as práticas de saúde estavam majoritariamente estabelecidas por meio de abordagem individual e ações programáticas. Os resultados obtidos foram tão expressivos, que em 2006 o PSF deixou de ser considerado programa, o que possuiria tempo determinado, passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com caráter permanente e contínuo (Brasil, 2010d).

Dessa forma, a ESF é uma proposta de reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS, tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os seus princípios, diretrizes e fundamentos, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2012).

Durante seu processo de implantação, alguns atributos desenvolveram-se mais fortemente, como a ampliação do acesso, expansão da cobertura, conformação de uma porta

de entrada preferencial e descentralização das ações e da gestão, enquanto outros mais ligados à integralidade, tanto no SUS quanto na nossa APS encontram ainda maiores dificuldades para serem desenvolvidos, impactando na coordenação e continuidade dos cuidados (FAUSTO et al., 2018).

O Pacto pela Saúde (2006) foi importante para reafirmar a manutenção do compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, para a qualificação da gestão e organização da atenção à saúde e para o fortalecimento da APS, ou Atenção Básica no Brasil. A partir dele foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo primeiro texto, publicado neste mesmo ano, estabelecia a saúde da família como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial. Trataremos como sinônimos APS e Atenção Básica (AB), denominação adotada pelo Ministério da Saúde no Brasil.

A PNAB de 2006 nos apresenta uma concepção de APS coerente com os princípios e conceito ampliado de saúde presentes na Constituição Federal de 1988, numa perspectiva de atenção integral em saúde, desde a promoção à saúde até a reabilitação, com potencial para impactar positivamente nos determinantes sociais da saúde.

Editado em 2011, o novo texto da PNAB reafirma a consolidação da ESF como principal dispositivo de reorganização da APS no Brasil, embora ainda coexista com outros modelos. A esse tempo o Ministério da Saúde formula e implementa uma política através da qual as Redes de Atenção à Saúde (RAS), tornam-se uma estratégia de organização do cuidado, pressupondo a organização do conjunto de serviços de saúde de forma não-hierárquica, poliárquica, vinculados entre si por uma ação cooperativa que visa garantir a oferta de atenção contínua e integral a determinada população. Nesse cenário, assume-se que a APS se constitua como porta de entrada, principal provedora da atenção e assuma a coordenação do cuidado.

A PNAB de 2011 define para o Brasil a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades” (Brasil, 2012). Ao aumentar a orientação dos serviços de atenção primária para a resposta das necessidades tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atenção, a atenção médica primária convencional aproxima-se da visão de atenção primária à saúde de Alma Ata e em direção a uma maior equidade (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) nos apresenta quatro atributos da APS, que são a atenção ao primeiro contato, o que se relaciona diretamente à acessibilidade e utilização do serviço pelos usuários; a longitudinalidade, que pressupõe a criação de vínculo, cooperação mútua e continuidade da oferta de atenção e cuidado ao longo do tempo; a integralidade, que torna as unidades de atenção primária responsáveis para que o usuário receba todos os serviços de atenção à saúde dos quais necessite, mesmo que para isso seja necessário o encaminhamento a outras unidades ou níveis de atenção, devendo a equipe estar apta a reconhecer todos os tipos de problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais; a coordenação da atenção, que tem a ver com a responsabilização, comprometimento e continuidade da atenção, com disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde enfrentados por cada usuário.

Apesar de um longo caminho ainda ser necessário para que se alcance na prática maior concretude desses atributos de uma APS robusta, resolutiva e verdadeiramente integral, a ascensão de políticas neoliberais no Brasil e em diversos outros países é um fator que vem na contra-mão de tudo o que vínhamos construindo e aqui apresentando.

No Brasil, em 2017, uma nova edição da PNAB veio modificar diretrizes para a organização da AB no âmbito do SUS, reduzindo o número de agentes comunitários de saúde necessários por equipe, alterando a carga horária de médicos na composição das equipes, modificando a forma de financiamento, dentre outras questões. Ainda não sabemos com clareza de que forma isso irá impactar na APS brasileira, mas preocupamo-nos com o risco de aprofundamento das desigualdades de acesso à saúde, com impacto no social. Deixa de ser dada prioridade à ESF como modelo de organização da APS no país. Mediante o contexto de restrição de investimentos em políticas sociais e pelas grandes desigualdades que caracterizam os municípios brasileiros, que são afinal os responsáveis pela organização e prestação dos serviços de APS no país, tais transformações trazidas por essa atual PNAB nos remetem ao risco de retornarmos a uma APS seletiva e fragilizada, em vez de integral (GIOVANELLA, 2019; MENDONÇA et al., 2018).

A nível federal já enfrentamos o congelamento dos investimentos em saúde, o que corrobora para o fechamento de unidades básicas de saúde pelo país e diminuição do número de equipes de saúde da família, levando a um aumento da mortalidade infantil, de hospitalizações por condições sensíveis à APS, complicações de doenças crônicas, reemergência de doenças imunopreveníveis, como vem acontecendo com o sarampo, enfim, é esperado um aumento geral do número de casos de doenças que poderiam ser tratadas, ou ao

menos controladas. A população mais vulnerável sofre mais rapidamente a consequência dessa desassistência, estando mais sujeita às complicações de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes, por falta de cuidado continuado e por falta de medicamentos, por exemplo. Além disso, com o enfraquecimento das relações trabalhistas, tende a haver maior vacância e rotatividade de profissionais, prejudicando o vínculo que se estabelece com os usuários, o acompanhamento ao longo do tempo, o conhecimento, o manejo e o apoio ao auto-cuidado.

Já noto na prática na unidade de saúde em que trabalho algum impacto de tudo isso que vem acontecendo. O estímulo e incentivo que recebíamos enquanto equipe de Saúde da Família já não existe mais. Ainda somos cobrados com relação a alguns indicadores, mas menos do que éramos tempos atrás. Vejo que as equipes mesmo se cobram menos. Ficou mais difícil suprir as necessidades das pessoas e do território. Na clínica onde trabalho, uma equipe se foi. De 6, agora são 5. São menos profissionais de saúde oferecendo cuidados. As equipes que permaneceram têm agora mais pacientes, menos agentes comunitários de saúde e menos espaço. Está mais difícil oferecer o cuidado e a atenção que gostaríamos. Trabalhar com listas, vigilância e busca ativa tem se tornado um desafio cada vez maior. O prontuário eletrônico que tínhamos por 7 anos também se foi, levando consigo o histórico dos pacientes. Estima-se que no município do Rio de Janeiro, a cobertura de estratégia de saúde da família caiu de 70% para algo em torno de 50 a 55% ao longo dos últimos três anos, período árduo em que enfrentamos greves, atrasos salariais, demissão de profissionais das equipes de saúde da família e falta de insumos nas unidades. Tudo revestido de um aparente caráter técnico num chamado “plano de reestruturação da Atenção Básica”, que nada mais é do que um verdadeiro desmonte da APS no município, não apenas financeiro, mas político. São tantos acontecimentos negativos, que se não nos concentrarmos na força do que ainda podemos fazer, a realidade tende a se tornar insuportável, como para alguns já de fato se tornou.

O mais contraditório é que já está comprovado que a cada 1 real que é gasto com a APS poupa-se várias vezes isso em atendimento hospitalar e de urgência / emergência. Quando um serviço de APS é implantado, inicialmente há um aumento de gastos, pois pessoas que não estavam sendo vistas passarão a ser cuidadas, diagnosticadas e tratadas. Após um período de cinco a dez anos esses custos começam a diminuir e representar economia de recursos, visto que é preferível e mais custo-efetivo prevenir e tratar doenças crônicas, como a diabetes, do que tratar as suas complicações a longo prazo, como retinopatia, amputações e insuficiência renal dialítica.

Vale ainda lembrar que em 2018, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma Ata, novo encontro foi promovido pela OMS, UNICEF e governo do Cazaquistão, em Astana, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, que originou uma nova declaração, a “Declaração de Astana”, nitidamente sem a mesma força de sua antecessora. Carece dos princípios de justiça social e da concepção de APS integral, inseparável do desenvolvimento econômico e social. Dá maior enfoque ao alcance da cobertura universal em saúde, com margem novamente a uma APS seletiva, em vez da garantia de direito universal à saúde. Ainda assim, coloca a APS como a base de sistemas de saúde sustentáveis e sólidos (WHO, 2018).

Reitera, a APS de qualidade com cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde integrais e integrados, como o enfoque mais inclusivo, eficaz, efetivo, para melhorar a saúde. Afirma a APS como pedra angular de sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal. Reconhece que o sucesso da APS será dependente de: financiamento adequado e sustentável, recursos humanos bem capacitados organizados em equipes multidisciplinares com trabalho decente e valorizado, atenção integrada para todas as pessoas, de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos e com sistema de referência para outros níveis, enfrentando a fragmentação. Para tal, a APS e os serviços de saúde devem ser de alta qualidade, seguros, integrais, integrados, acessíveis, disponíveis e alcançáveis para todos e em todos os lugares, prestados com compaixão, respeito e dignidade, por profissionais de saúde bem formados, competentes, motivados e comprometidos. Aspira-se ainda garantir ambientes que propiciem a boa saúde, nos quais indivíduos e comunidades estejam engajados em manter e aprimorar sua saúde e o bem-estar. (GIOVANELLA et al, 2019, p. 3-4).

É evidente que este é um processo dinâmico, estando a APS frequentemente no centro das questões referentes às políticas públicas de saúde a nível nacional e mundial. Mostra-se um campo de tensão constante, muito embora saibamos da sua potência ao unir tantos saberes e práticas para garantir acessibilidade e responder resolutivamente à maior parte dos problemas de saúde das populações adscritas. Kuschnir (2014) reitera que a garantia de cobertura e acesso aos serviços de saúde em países com sistemas universais operacionalizou-se melhor por meio de um modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas constituídas com base em três aspectos essenciais: suficiência dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, responsabilização pela atenção aos usuários e coordenação assistencial.

O Brasil, com suas realidades tão distintas e contrastantes, ainda sofre a nível do SUS com cenários de completo vazio assistencial, ou então com os gargalos da média e alta complexidades ou mesmo com dificuldades impostas pelo setor privado (MENDONÇA et al., 2018).

O alinhamento da APS na coordenação assistencial como elemento central da organização dos sistemas e redes de saúde é destaque na literatura como fator de forte associação com a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade da atenção, satisfação do paciente e melhor utilização dos recursos financeiros disponíveis, trazendo impactos positivos na saúde da população, especialmente em relação ao manejo de pacientes com doenças crônicas e à queda das internações hospitalares por condições sensíveis à APS. Para isso, é fundamental uma APS forte, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário e facilitar a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos (FAUSTO et al., 2018).

8 HUMANIDADES MÉDICAS, SUBJETIVIDADES E RELAÇÕES

“O ser humano se torna eu pela relação com o você. À medida que me torno eu, digo você. Todo viver real é encontro” (Martin Buber).

O trabalho em saúde exige uma compreensão ampla do que é saúde e adoecimento. Contrariando a visão cartesiana do “corpo-máquina”, sabemos que nem todas as pessoas vivenciam ou manifestam uma mesma doença da mesma maneira. Cada ser humano é um ente singular, cuja autonomia é relativa, pois depende de trocas incessantes e involuntárias de energia, de matéria e de informação com o meio ambiente que o rodeia. Lembremo-nos que o ser-no-mundo é também ser-com, são indissociáveis. (ANDERSON; RODRIGUES, 2016; HEIDEGGER, 2015).

A insuficiência do modelo biomédico até então vigente torna-se evidente no decorrer do século XX, levando-nos à necessidade de outra forma de compreensão dos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento, que deveriam ser compreendidos não só do ponto de vista biológico e orgânico, mas também interpessoais, ambientais e subjetivos, afinal “a complexidade da doença é diferente da complexidade da pessoa que se encontra doente” (REIS, 2017, p.29).

O paradigma da integralidade biopsicossocial esclarece questões que não podem ser explicadas sob a ótica do modelo anátomo-clínico, como por exemplo a variabilidade de respostas orgânicas quando pessoas são submetidas a um mesmo agente estressor ou a uma mesma ação terapêutica. Fatores psicossociais podem atuar facilitando, mantendo ou modificando o curso de uma enfermidade, embora o seu peso relativo possa variar de doença para doença, de pessoa para pessoa e até mesmo para uma mesma pessoa, considerando a sua história pessoal e o seu momento de vida (ANDERSON; RODRIGUES, 2016).

“Mesmo a melhor evidência científica precisará ser adaptada à realidade daquela pessoa à minha frente” (BASTOS, 2014, p.17).

Esta compreensão é fundamental para o desenvolvimento das competências necessárias ao especialista em APS, que deve ser capaz de reorientar o próprio método clínico de forma que lhe possibilite compreender os fatores que influenciam o processo saúde-adoecimento em sua real complexidade. Como exemplo, podemos citar a utilização e incorporação do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que entre os seus componentes

explora além da doença em si, a forma como a pessoa entende e sente o seu adoecimento, o contexto próximo e distante envolvido nesse processo, buscando entender a pessoa como um todo para que seja possível elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas, além de buscar em cada encontro incorporar prevenção e promoção de saúde, intensificar a relação entre a pessoa e o profissional de saúde e ser realista, isto é, usar o tempo e recursos disponíveis da forma mais eficiente possível (STEWART, 2010).

Outro exemplo de reorientação do método clínico pode ser através da medicina narrativa, que comprovadamente melhora a eficácia clínica ao modificar a forma como os profissionais veem e compreendem o paciente e sua história de vida e adoecimento, em muitos aspectos assemelhando-se ao MCCP (CHARON, 2006).

Vejam os a situação a seguir, que vivenciei há alguns anos:

Atuando como preceptor de um médico residente de MFC, certa vez acompanhei um atendimento de demanda espontânea cuja queixa principal trazida pela paciente era “dor no pé”. Tratava-se de Cleide, uma mulher, por volta dos seus 50 anos, dona de casa, já conhecida da equipe de Saúde da Família por ser diabética e tabagista. Cabelos presos, tingidos de loiro, vestia uma blusa colorida, uma bermuda jeans e chinelos. Seus dentes amarelados, mal cuidados, nos remetiam ao maço de cigarro em seu bolso. Durante o atendimento, após a primeira parte da consulta, voltada para a coleta de dados, o residente pediu que ela se deitasse na maca, para poder examinar os seus pés. Foi aí, então, que deparou-se com uma lesão ulcerada na região plantar do seu pé direito, algo grave, que fez com que fosse necessário um encaminhamento para avaliação hospitalar em caráter de urgência. Cleide deixou a unidade de saúde de ambulância, visivelmente mais preocupada do que quando chegou. Dias depois ela retornou, após receber alta do hospital. Buscava agora a sala de curativos. Havia sido necessário amputar uma parte do seu pé. Mostrava-se entristecida, mas conformada. Disse que estava pensando em parar de fumar e cuidar melhor de sua saúde. O maço de cigarros, ainda em seu bolso.

Existe uma grande chance de que essa mesma cena, acontecendo em um outro local, ou com outro profissional, ou simplesmente num outro momento, tivesse um desdobramento diferente. Se o profissional não tivesse se levantado da cadeira e se disposto a examinar o pé da paciente, ela poderia também não ter comentado sobre a úlcera. A conduta ao final da consulta talvez não fosse encaminhá-la para a emergência. E talvez, se mais dias se passassem, em vez de parte do pé Cleide poderia ter perdido o pé inteiro, ou a perna, ou até mesmo a vida.

Ser capaz de ter uma visão ampla, abrangente, integral, do sujeito contribui para o sucesso do processo de cuidado que aí se estabelece. Entretanto, como nos lembra Bastos (2014), o diagnóstico correto deve ser o cerne de nossas ações. Não adianta entender o contexto se não se identifica o problema. Fatores de risco por si só não nos dizem quem vai sofrer o quê, ou quando. Em geral o que desencadeia as doenças são processos multifatoriais e um tanto desconhecidos. Como já vimos, é preferível dizer que há motivos para o padecimento, ou adoecimento, no lugar de causas. Dificilmente saberemos o porquê de determinada pessoa, em dado momento, ter desenvolvido certa doença. Como na situação descrita, Cleide tinha uma queixa, tinha fatores de risco e tinha sinais e sintomas, porém só através de uma avaliação capacitada e interessada, por meio de um exame físico adequado, foi possível que se chegasse a um diagnóstico e a partir deste, a uma conduta.

Aliviar o sofrimento é uma das premissas básicas da medicina, embora pouco se discuta na formação ou na literatura médica sobre o que vem a ser de fato o “sofrimento”. Ao pensar em sofrimento, uma das mais fortes associações que fazemos é com a dor física, embora este possa originar-se de muitas outras fontes. Médicos e pacientes compartilham o objetivo de eliminar tais possíveis causas de sofrimento. No entanto, paradoxalmente, pacientes com frequência sofrem não apenas devido a suas doenças, mas também em decorrência dos tratamentos empregados (CASSELL, 2004).

Cleide sofria de início pela dor que sentia em seu pé. Não sabemos ao certo quais eram as ideias e preocupações que ela trazia consigo, mas me recordo dela questionando se não poderíamos simplesmente lhe “passar um remédio”. Sua expectativa era então receber uma medicação que pudesse fazer uso em casa, para que nos próximos dias seu pé deixasse de doer. Após ser atendida e tomar ciência da gravidade da lesão, somou-se a sua dor o medo do desconhecido, do que estava por vir. Não seria tão fácil quanto havia imaginado. Posteriormente, ao retornar à unidade, Cleide não sentia mais dor. Mas ainda assim sofria. Tinha um curativo a fazer diariamente em seu pé amputado. Poderia continuar a andar

normalmente? Como isso interferiria nas suas atividades do dia-a-dia? Voltaria a usar chinelos como antes? Isso poderia acontecer de novo? Com o outro pé? Com esse mesmo pé? Afinal, o médico disse que ela tinha *sorte* por ter perdido “só” parte do pé.

A habilidade de nos recuperarmos das perdas sem sucumbir ao sofrimento pode ser chamada de resiliência. O ser humano dispõe de uma capacidade adaptativa que pode auxiliá-lo a lidar com as injúrias sofridas. Por exemplo, se um atleta sofre uma lesão que o impossibilita de correr, ele pode aprender / desenvolver um outro esporte, habilidade ou modo de expressão. O mesmo vale para perdas de relacionamentos, trabalhos, força física, sonhos e poder. O corpo humano pode não ter a capacidade de regenerar um membro perdido, mas a pessoa tem. Uma pessoa ativa que se vê dependente de uma cadeira de rodas pode passar a dedicar mais tempo a habilidades intelectuais, que não lhe demandem tanto do corpo físico. Costumamos usar a expressão “reconstruir a vida” para determinar essa capacidade de superação, adaptação e reinvenção pessoal (CASSELL, 2004).

Atribuir significado às situações de adversidade pode reduzir ou até mesmo eliminar o sofrimento a elas associado. Muitas vezes a causa de um sofrimento é atribuída a comportamentos ou crenças. Os médicos com frequência são confrontados com perguntas do tipo “Eu fiz alguma coisa para que isso acontecesse?”. É mais aceito que algo ruim aconteça em decorrência de alguma ação ou atitude de alguém, mesmo que implique em sentimento de culpa daquele que sofre, do que por mero golpe do destino, num evento aleatório, casual (CASSEL, 2004).

Outra ferramenta poderosa pela qual somos capazes de recuperar a integridade da nossa personalidade é a transcendência, que quando experimentada coloca a pessoa num outro patamar. Aquele que sofre, em vez de ser isolado pela dor, aproxima-se de uma fonte transpessoal de significado e de uma comunidade que compartilha desse significado. Apesar de ser uma experiência profundamente espiritual, não necessariamente envolve religião num senso formal, embora a questão do sofrimento seja um elemento central praticamente em todas as teologias (CASSELL, 2004).

Outro caso que me vem à memória é o de Verônica. Mulher simples, mãe de um menino de 7 anos, tinha por volta dos seus 35 anos quando veio a uma consulta de rotina, pois queria fazer exames. Não sentia nada. Dei espaço para que falasse, fiz um exame físico geral, pedi alguns exames laboratoriais e agendei o

seu retorno. Cerca de um mês depois Verônica retorna, assintomática, com os exames em mãos:

- E então doutor, está tudo bem? Deu alguma coisa?

- Ué Verônica, você não toma nenhum remédio? Não tem nenhum problema de saúde?

- Não doutor, por quê?! O quê que deu aí?

- Sua função renal não está boa. É como se os seus rins estivessem “ficando preguiçosos”.

- Isso é grave? [cara de espanto]

- Pode ser, não sei... Se você não está sentindo nada, fique tranquila. Vamos repetir esse exame, vou pedir mais alguns outros, uma urina de 24 horas... já fez esse exame?

[...]

Verônica apresentava em seus exames uma creatinina em torno de 4, o que indica uma importante perda da função renal. Mas como, se ela não tinha nada? Disse apenas que havia tomado algumas vezes antibiótico para infecção urinária... OK, melhor aguardar os novos exames. Pedi para que assim que estivessem prontos ela viesse me mostrar. Esse exame pode estar errado... – pensei

Algumas semanas depois Verônica retorna com seus novos exames.

- Ih Verônica, é isso mesmo. Você tem um problema nos rins.

- Fala doutor, é grave? Você me assusta.

- É... seus rins já não funcionam mais como antes. Você está urinando?

- Urino sim, até demais!

- Entendi. Tudo bem. Vamos pedir uma avaliação do nefrologista e ver o que ele diz. Pode ser que você precise de hemodiálise...

[...]

A conversa continuou, novamente a esclareci sobre possíveis sinais de gravidade, etc. Pedi mais alguns exames para tentar encontrar uma possível causa para essa sua insuficiência renal. Verônica saiu da sala e eu continuei intrigado. Não via a causa para aquela insuficiência renal. Seria alguma doença auto-imune? Pode ser... Mas ela está tão bem. Não sente nada. Que estranho. Vamos ver o que o nefro diz.

[...]

Meses depois, Verônica, retorna da consulta na Nefrologia de um bom hospital da cidade.

- Doutor, era aquilo mesmo que o senhor disse. Vou ter que fazer aquele negócio.

- Que negócio, Verônica?

- De tirar o sangue numa máquina.

- Ah, a hemodiálise. Vai mesmo, Verônica?

- O médico lá que falou. Vou voltar lá semana que vem pra ver isso.

[...]

E assim foi. Para poder fazer a hemodiálise, Verônica fez uma fístula em um de seus braços, que nunca funcionou. Trombosou. Não serve.

- Não quero mais.

- Mas precisa Verônica...

- Precisa não, estou bem.

- Eu acho que precisa, mas converse com o seu médico lá do hospital. Não pode deixar de ir nas consultas de jeito nenhum hein.

- Não doutor, eu vou. Mas o senhor que é meu médico.

- Está bem, mas me fale tudo que vocês conversarem lá no hospital. Pode pedir pro médico de lá me mandar um laudo falando sobre o acompanhamento que você está fazendo?

[...]

E assim está sendo. Verônica continua vindo às consultas comigo e mantendo um acompanhamento algo inconstante na nefrologia. Com toda a sua humildade, nunca fez nem precisou fazer de fato a hemodiálise. Há anos vive bem com a sua função renal alterada, cuja causa nunca descobrimos ao certo. Ainda assim, continua dizendo que sou o seu médico.

Há tantos elementos a serem explorados nessa história de Verônica! Para começar, destaco logo um dos aspectos que mais me causa desconforto. A incongruência entre o “não sentir nada” e a necessidade de intervenções. Como pode ser aceitável que uma jovem, assintomática, ganhe uma fístula não funcionante no braço por conta de uma necessidade de hemodiálise, que de fato, ela nunca precisou até o momento?

Analisando mais minuciosamente a situação, vemos que Verônica trouxe ao seu médico uma vontade: queria fazer exames. Qual era, na verdade, a sua intenção por trás desses exames, senão garantir a sua saúde? Ter a certeza de que estava bem e que nada iria atingi-la? Sentia alguma coisa que estava a esconder de mim, do seu médico? Não, não parecia. Antes de pedir os exames, preocupei-me em conhecer um pouco melhor quem era Verônica. Sabia que ela tem um único filho, que mora junto com a sua mãe, que possui um irmão e uma irmã saudáveis, um namorado, e trabalha em serviço de limpeza. Vive na parte mais vulnerável do território da equipe, mas aparenta levar uma vida digna.

Sua aparente tranquilidade e ingenuidade, com o passar do tempo, deram lugar a ares de preocupação e de ansiedade. Verônica, que nada sentia, estava agora doente.

A medicina, para o bem ou para o mal, tinha a solução para o seu problema. Mas essa falhou. Assim como não sabemos de onde veio o problema, não sabemos também o porquê da falha terapêutica. Por sorte, Verônica mantém-se assintomática. Tem autonomia para manifestar seu desejo. Não quer se submeter a outra tentativa de confecção de fístula para a hemodiálise. Mas e a hemodiálise? Também decidi que não vai fazer. Respeitei. Aconselhei. Orientei sobre os riscos envolvidos. Tomamos uma decisão compartilhada. E assim está sendo. Até quando? Não sabemos.

Em um de nossos encontros, lamentei com ela o fato da fístula não ter funcionado, ao que ela me respondeu “o senhor não tem culpa”. Enquanto ao meu ver eu havia lhe causado um dano, ou sofrimento, ela me isentava de culpa, o que me remete à citação a seguir:

Quando oferecidas de forma emocionalmente vinculada, a atenção e a conversa são vivenciadas pela pessoa como consolo e conforto; isso torna o sofrimento mais suportável e marca a transição para um nível de maior esperança (SCOTT et al., 2008; FRANK, 2004 apud STEWART, 2017, p.138).

E, por falar em esperança, “se é verdade que as relações terapêuticas têm algo incomensuravelmente mágico, essa mágica é a da esperança... A esperança se assenta na presença do outro e na forma de tranquilizar sobre o fato de que, sim, nós entendemos” (LOXTERKAMP, 2008, p. 2.575 apud STEWART, 2017, p. 138).

O homem pode ser visto como um ser de relações, não somente de contatos, que não apenas está no mundo, mas está com o mundo. Martin Buber (1878 – 1965) foi um filósofo austríaco que propôs uma filosofia das relações, apresentando-nos um conceito de comportamento dialógico que consiste nos homens serem “um-para-com-o-outro”. Assim, enquanto ser de relações, o ser humano é um ser de relações consigo mesmo e com os demais, com o mundo que o cerca, aberto ao transcendente e ao infinito. Em sua bela e complexa obra *Eu e Tu* (1923), escrita no contexto do pós-primeira guerra mundial, o autor coloca como ponto central da reflexão a filosofia do diálogo e descreve a vivência relacional do ser humano, entendendo que o eu se compreende a partir do tu; a partir da relação e da entrega do eu e dessa abertura para o tu o eu se auto-compreende também, assim como o eu está para o tu, o tu está para o eu. No olhar do tu, o eu se reconhece, e vice-versa. Dessa maneira, a filosofia de Buber nos leva a valorizar o encontro e as relações, elegendo o diálogo como a autêntica substância relacional (OLIVEIRA, 2016; BUBER, 2001).

O diálogo depende da acolhida complacente do outro. Para Gadamer (1900 – 2002) o começo de um diálogo é a primeira pergunta feita, decorrente de uma projeção de significado que orienta o questionamento, o que implica que em todo perguntar exista o interesse motivador de uma das partes dialogantes na outra. Todo responder depende da abertura a quem questiona, do reconhecimento desse outro como interlocutor, e por fim, de sua aceitação como dialogante. Gadamer foi um filósofo nascido na Alemanha, que adquiriu grande relevância ao elaborar uma filosofia propriamente hermenêutica, tratando da natureza do fenômeno da compreensão (KAHLMAYER-MERTENS, 2017).

Heidegger trata a compreensão como um existencial. Para ele, ela é a concretização de uma possibilidade ontológica do ser-no-mundo no projeto de seu existir, o que significa dizer que a compreensão refere-se à própria dinâmica de existência do ser-no-mundo que somos, ou seja, a compreensão não acontece uma vez ou outra, mas somos fundamentalmente compreensão (KAHLMAYER-MERTENS, 2017; HEIDEGGER, 2015).

A partir disso, Gadamer pontua que se o compreender é o aspecto fundamental do ser-no-mundo humano, as ciências humanas encontram-se mais próximas da autocompreensão humana do que as ciências naturais. Ele vai ainda além em seus trabalhos, afirmando que o ser que pode ser compreendido é linguagem. “Assim sendo, a linguagem é o que faz com que o espaço hermenêutico-fenomenal que o mundo constitui já se descerre com sentidos e significados” (KAHLMAYER-MERTENS, 2017, p.130).

Não pretendemos discutir mais a fundo as teorias que compõem os trabalhos desses ilustres autores, mas mostra-se relevante compreender as conexões existentes entre suas obras e o quão importante, portanto, é o entendimento e a incorporação das humanidades médicas às práticas de cuidados de saúde.

Vejamos que entre médico e paciente, mesmo que de forma não intencional, existe um processo dialógico de interpretação que possibilita que os sujeitos dessa díade conquistem a compreensão de uma significação. Nesse processo muitos círculos hermenêuticos são construídos. Novamente, não colocaremos em discussão o conceito de círculo hermenêutico, mas cabe aqui explicar brevemente a sua prerrogativa, trabalhada por Gadamer, Heidegger e outros autores, de que só podemos compreender uma parte se tivermos alguma compreensão do todo, assim como só compreendemos o todo se já compreendemos a parte.

Birman (1995, apud GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003, p.356) destaca corpo e afeto como dimensões essenciais da subjetividade, sendo que o sujeito é aquele que vivencia afetivamente determinada situação. A subjetividade não é passível de totalização. É formada por múltiplos aspectos, concebida como algo modelado e produzido nos processos coletivos, sociais e institucionais que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam e o constituem como sujeito, dando forma e matérias de expressão ao desejo.

Os processos de singularização reconstroem novas maneiras de se relacionar com o outro, novas sensibilidades, diferentes estilos de criatividade através de uma alteridade que coincida com o desejo do sujeito, um gosto de viver, a partir da instauração de dispositivos capazes de mudar a sociedade e os tipos de valores que, em sua maioria, não são os do sujeito [...] Assim, os movimentos de singularização geram resistências e rupturas nestas cadeias

homogêneas de produção de subjetividade. (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003, p.356-357).

É evidente a nós que a medicina tende a assumir em nível individual um modo de subjetivação que privilegia o indivíduo, centrado no corpo orgânico e racional, excluindo outras possibilidades do indivíduo tornar-se sujeito, e negando a condição inacabada do ser humano. Deposita-se sobre a saúde e o corpo uma normatividade que é reprodução de um conjunto de regras, de estilos de vida, que tendem a impedir o sujeito de agir com autonomia sobre si mesmo e seu corpo. Para alguns autores, a existência de uma consciência mórbida por parte do paciente é a razão que o leva a buscar o auxílio médico.

Conforme Anderson e Rodrigues (2016), a transição paradigmática em saúde, com o enfraquecimento da hegemonia do modelo biomédico e cartesiano e a crescente importância da compreensão da racionalidade biopsicossocial a respeito dos fenômenos que envolvem o processo saúde-doença, tem contribuído para uma readequação da prática médica, da pesquisa e da gestão em saúde.

Em meio a tantas diferentes concepções de saúde, podemos requeen-la como capacidade de reação às influências externas, num constante processo de calibração e readaptação aos novos padrões de normalidade e criação de valores de si mesmo. Vale lembrar que o estado de saúde é determinado pela alimentação, condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que estabilizam a população. A saúde deve ser considerada processo permanente que integra o social, o cultural e a história diferenciada das pessoas e das sociedades. Não deixa de ser, pois, contraditório, que se gaste mais e mais com métodos diagnósticos e terapêuticos, ao mesmo tempo em que analisando-se tendências de morbidade, conclui-se que o modo de vida e o meio são fatores determinantes do estado de saúde de qualquer população (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003; MORI; GONZÁLEZ-REY, 2012).

A categoria subjetividade se entende como processualidade, rompendo tanto com sua representação como algo inerente ao indivíduo quanto com dicotomias: individual/social, cognitivo/afetivo, consciente/inconsciente, entre outras. Ela se define pela natureza dos seus processos, ou seja, a complexa relação do histórico e do atual que constituem os diferentes momentos do homem e do social e na forma em que adquirem sentido e significado a partir dessa relação. Assim, não é cópia, nem internalização do social, mas nova produção que acontece como resultado das múltiplas e simultâneas consequências do “viver” do homem. Nesse processo, suas próprias ações são fontes dos processos de subjetivação que se configuram na sua experiência (MORI; GONZÁLEZ-REY, 2012, p. 142).

Ao se levar em conta a produção de subjetividade na saúde, compreende-se que o significado da enfermidade é, em parte, moldado pelas experiências subjetivas que, para que tenham uma significação, necessitam ser confirmadas pelo olhar de uma consciência, estruturada sob uma base social específica. Em outras palavras, os profissionais de saúde são aqueles que têm o poder de dar nome à enfermidade no sujeito, dando sentido subjetivo ao processo do sujeito, significando-o culturalmente. As relações que se estabelecem entre esses profissionais e usuários são atravessadas pela dicotomia entre indivíduos e sociedade, muitas vezes sustentando uma noção de saúde inteiriça do mundo, perfeita e acabada, que não é real (lembre-se da analogia da clareira como a abertura do ser-no-mundo, sempre em risco de fechamento / privação / padecimento), o que fortalece a destituição de autonomia do indivíduo sobre si mesmo (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Vamos voltar à narrativa em que apresentei a história de Verônica. Seus exames se desviaram do padrão de normalidade. Ela, que nada sentia, tornou-se adoecida. A princípio não pôde de fato decidir sobre si. Ouviu e seguiu as recomendações que lhe foram dadas, por mim e por outros especialistas. Até que o que se apresentava como solução necessária, falhou. A partir daí, sua autonomia finalmente manifestou-se. Pudemos ressignificar o seu processo de saúde/doença, embora o diagnóstico permaneça, ela agora nos diz e respeitamos o que de fato deseja.

A posição assumida por Verônica ante o processo de adoecimento, assim como por Cleide, Thiago, Simone, Sônia e tantas outras pessoas, todos os dias, nos infinitos espaços intercessores formados nas práticas do cuidado em saúde, é em grande parte resultado de recursos subjetivos que lhes são próprios, e que por sua vez terão impacto nos processos de subjetivação, permitindo que esses gerem alternativas diferenciadas, que lhes possibilitarão um leque maior de opções no processo de viver o adoecimento. “Ser sujeito da doença não significa que a pessoa negue sua condição, mas que, ante um processo que muitas vezes a limita, não perca seu interesse pela vida. Ser sujeito da doença é uma expressão de ser sujeito perante a vida que toma novas formas diante da emergência da enfermidade” (GONZÁLEZ-REY, 2012, p. 149).

Interessante aqui citar o filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1904 – 1995), que em sua memorável obra, *O Normal e o Patológico* (1966), questiona conceitos bem arraigados em nossa sociedade. Apesar da construção mais voltada para o campo da psiquiatria, podemos tranquilamente extrapolar suas ideias para o binômio saúde-doença como um todo. Por exemplo, o aparecimento do anormal não poderia ser o prelúdio de uma

normalidade por vir? De uma maneira geral, o *normal* é tido como o que se vê com mais frequência, sendo por consequência o *anormal* o evento atípico que foge à regra. Seria uma falácia interpretar tais conceitos de um ponto de vista meramente quantitativo. “Um traço humano não seria normal por ser 65requente, mas seria 65requente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida” (CANGUILHEM, 2009, p.62). Existe uma tendência de que o “anormal”, ou seja, aquilo ou aquele que escapa e põe em risco as normas instituídas, os conceitos enraizados e os códigos vigentes, seja mal visto socialmente, levando ao seu enquadramento como patológico. Entretanto, *normal* e *patológico* são conceitos socialmente definidos, não estão necessariamente em harmonia com a vida. O próprio autor enfatiza que diversidade não é doença, que o anormal não é inevitavelmente patológico. Assumir algo como patológico implica em sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. É uma perspectiva que advém do próprio indivíduo, ao perceber que existem impeditivos potenciais. Não cabe que essa definição venha de instâncias exteriores. Voltamos aqui à discussão do capítulo 6 sobre o padecimento, no qual temos a privação da potencialidade do ser-no-mundo, o que causaria sofrimento e então adoecimento (o patológico), ao mesmo tempo que também permite uma ressignificação do poder-ser, das potencialidades do ser-no-mundo, sem que necessariamente haja o adoecimento (HEIDEGGER, 2015; ANÉAS, 2010; CANGUILHEM, 2009; RAMMINGER, 2008).

Já vimos que o cuidado em saúde precisa extrapolar o modelo cartesiano ou biomédico tradicional, preocupando-se com a saúde em sua dimensão ética, moral e política, condição para o êxito técnico e sucesso prático das ações de saúde. Mas como então incorporar de fato todo esse conhecimento às práticas médicas? Da mesma forma como apresentamos as ideias de Heidegger no campo da filosofia para uma Ontologia Fundamental em contraponto à Ontologia Tradicional, temos na área da saúde por volta dos anos de 1970 em diante a percepção de que o paradigma cartesiano, com seu caráter mecanicista, já não parece ser o mais adequado, abrindo espaço para a incorporação de novas ideias e práticas, conferindo destaque ao paradigma holístico. Mas ainda assim pergunto: como melhor nos instrumentalizarmos e apropriarmos de tais ideias?

Questionar o modelo epistemológico das ciências da saúde e ampliar o conceito de saúde-doença, bem como problematizar as práticas pedagógicas que consideram o sujeito como depositário de um conhecimento normativo, são possibilidades para a abertura de novas frentes de intervenção para os trabalhadores de saúde [...]. O trabalho em grupos e a participação popular têm contribuído para a ruptura com os ideais de saúde normativos e

homogeneizantes, ajudando a construir sujeitos mais cidadãos e implicados com processos de mudança, no interior dos serviços de saúde. (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003, p.367).

Nesse contexto, teve início na década de 1980 o desenvolvimento do MCCP, que na época ocupava uma posição periférica na medicina. Poucos estavam conscientes do papel central da comunicação centrada na pessoa na medicina moderna. Após sua primeira publicação, em 1995, houve grande aumento das pesquisas a seu respeito, surgiram estudos internacionais destacando não apenas o desejo e a satisfação em receber cuidados centrados na pessoa, mas também o impacto positivo que tal cuidado tem nos resultados para as pessoas e nos custos da assistência médica, integrando hoje a base de muitos currículos educacionais em todo o mundo, tanto em cursos de graduação como de pós-graduação (STEWART, 2017).

Parece óbvio, mas é importante dizer, que a prática médica não se faz de maneira puramente instintiva ou intuitiva, embora estes possam até ser aspectos presentes. Nós sabemos que quando uma pessoa nota em si um desvio daquilo que considera “normal”, ou “saudável”, algumas atitudes surgem em resposta, dentre elas a de buscar uma explicação para o que está acontecendo e conseguir melhor compreender, reverter ou aliviar o problema, o que pode se dar de formas variadas, inclusive através da busca por auxílio médico. A medicina frequentemente (e infelizmente) separa os eventos vitais do significado que eles têm para as pessoas que os experimentam. O médico culturalmente competente enxerga essa relação (BASTOS, 2014).

Ter um método clínico e um modelo de consulta a seguir auxilia que a abordagem adotada se traduza num atendimento qualificado ao usuário, capaz de delinear uma interlocução efetiva, evitando que o paciente saia da consulta com a sensação de não ter tido atendidas as suas necessidades, ou mesmo o médico não encerre a consulta acreditando ter deixado de executar alguma ação que seria necessária. Idealmente, deve-se haver um acolhimento adequado, seguido de uma entrevista com técnica apurada e boa habilidade de comunicação, exame físico apropriado, definição de uma lista de problemas, solicitação de exames complementares pertinentes (quando necessário), propostas de ação que devem ser estabelecidas de forma conjunta e nunca impostas, e acompanhamento, elemento gerador de forte vínculo e confiança mútua, entendido como continuidade da atenção (BASTOS, 2014).

Ainda sobre a questão do método clínico, Bastos nos deixa uma lição:

Quando uma pessoa é capaz de acolher com civilidade e genuíno interesse, entrevistar com respeito, sinceridade, empatia e proficiência, examinar de maneira científica e com propósito, listar problemas com priorização dos mesmos, solicitar exames com consciência e sobriedade, propor ações de

forma cúmplice, e acompanhar quaisquer que sejam as circunstâncias, esta pessoa é médica. Quando você souber fazer tudo isso, terá dominado o método clínico. (BASTOS, 2014, p. 27).

Vemos então que, mais do que uma mudança de paradigmas, é preciso incorporar de fato tais ideias e concepções às práticas diárias dos cuidados em saúde. A transformação precisa acontecer simultaneamente dentro das universidades e também fora, entre aqueles que já se encontram na prática diária da assistência médica.

Para encerrar esse capítulo, proponho uma reflexão do leitor sobre o que diz Cassell, em 1997:

A medicina dos cuidados primários que agora está surgindo é a medicina do futuro. Não é uma medicina esgotada do passado, uma derrota para o crescimento da ciência e da medicina científica. Pelo contrário, é o inevitável crescimento contínuo da ideia fundamental da medicina que tem sido nossa herança há dois milênios e meio – médicos cuidando dos doentes. (CASSELL, 1997, p.143).

9 O ESPAÇO DO ENCONTRO COMO UM ESPAÇO COMUNICACIONAL

“O espaço não é o ambiente (real ou lógico) em que as coisas se dispõem, mas o meio pelo qual a posição das coisas se torna possível” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 325).

De acordo com a forma como as tecnologias leves são organizadas no espaço de exercício das práticas de cuidados em saúde, teremos diferentes possibilidades de desenvolvimento desses encontros, agindo diretamente sobre a presença do outro. Falamos aqui de interações intersubjetivas, responsáveis uma a uma pela reconstrução das práticas de saúde, abrangendo aspectos relevantes do cuidado, como o acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde (AYRES, 2009).

- *Francisca, boa tarde! É a nossa primeira consulta né?*

- *É sim doutor.*

- *E então, o que você me conta?*

- *Eu já deixei esse papel aqui, não sei se falaram com o senhor, eu me tratava na reumato, no Pedro Ernesto, mas me mandaram pra cá...*

- *Te mandaram pra cá? Como assim?*

- *É doutor, porque lá está muito cheio. Como falaram que eu estou bem, mandaram eu vir me tratar aqui.*

- *E aqui, parece que está o quê, Francisca? Vazio?!*

[*‘espero, respiro, não vou me irritar’... silêncio*]

- *Eu não sei, a médica de lá disse que ia escrever tudo aí nesse papel. – continua Francisca*

- *Ok, tudo bem já entendi... [lendo o papel] Quer dizer então que você tem Artrite Reumatóide? Mas está tudo bem? Está sentindo alguma coisa?*

[...] (*e assim foi o começo da consulta em que eu conheci a Francisca*)

Nesse fragmento de memória que trago, de mais um entre tantos encontros, desencontros e afetações que vivenciamos no dia-a-dia das nossas práticas, há muito o que se pontuar. Repetidas vezes falamos sobre o acolhimento, a construção de vínculo, a responsabilização... mas como isso acontece de fato? Seria algo que podemos escolher entre aceitar (*sim, eu quero*) ou rejeitar (*não, dessa vez eu não quero*)? Até que ponto o cuidado em saúde se dá por competência técnica ou por afeto? Como calibrar a técnica com a subjetividade?

Analisando esse trecho de diálogo da relação que desenvolvi com Francisca, considero que inicialmente não manifestei um interesse genuíno em desenvolver toda a potencialidade desse encontro. Procurei seguir a regra de abrir a conversa com uma pergunta aberta, mas sua resposta logo me causou um certo nível de irritação, que interferiu imediatamente na técnica que vinha sendo desenvolvida. Nesse momento, foi importante que eu percebesse que o encontro estava se transformando num desencontro, e retomasse o rumo da conversa, não arruinando a consulta e o espaço intercessor estabelecido.

Ao tratar das relações de um ponto de vista conceitual no capítulo anterior, apresentamos brevemente a filosofia trazida para nós por Martin Buber, que envolve, sobretudo, o diálogo e o encontro entre um e outro, entre o eu e o tu. Baseado no que nos diz esse proeminente filósofo, temos a descoberta da alteridade como forma de entendimento do nosso sentido no mundo, de nossa interdependência, uma vez que a existência do eu enquanto indivíduo só é possível mediante um contato com o outro. O eu e o tu significa sair de si próprio e colocar-se em nível de igualdade com o ambiente que te cerca e as pessoas que estão ao seu lado. No exercício da medicina, no espaço do encontro, esse nivelamento não costuma ser fácil, mas quando alcançado, é capaz de fazer toda a diferença na relação que se estabelece. Tratamos aqui do desenvolvimento da capacidade de entender o semelhante. Vale lembrar que não nos cabe, enquanto médicos e profissionais de saúde, julgar as pessoas pelos seus hábitos ou decisões tomadas no passado (BUBER, 2001).

Há uma dimensão comunicacional extremamente relevante nesse campo, e a própria conversação depende, na forma em que se realiza, de diferentes motivações, constituindo um agente conformador de tecnologias. Cada um tem motivações individuais e específicas, respondendo de maneira singular aos estímulos recebidos. Pode-se explicar motivação como o processo responsável pela força que a pessoa tem para alcançar uma determinada meta ou objetivo. É algo individual, cada um manifesta a seu modo, podendo ser próprio (motivação intrínseca ou auto-motivação) ou provocado por influências externas, em diferentes níveis de

intensidade. Dessa combinação de forças externas (do ambiente) e internas (do pensamento) resulta o comportamento de cada ser (HECKHAUSEN, 2018; AYRES, 2009).

Um das mais recentes, consistentes e reconhecidas teorias da motivação é a chamada “Teoria da Auto-Determinação”, descrita por Deci e Ryan em 1985, e aplica-se à motivação no ambiente de trabalho. Nela, conforme Heckhausen (2018), motivação intrínseca e extrínseca são vistas como integrantes de um mesmo continuum, apresentado a seguir:

- 1 – Amotivação: ausência total de motivação e intencionalidade;
- 2 – Motivação extrínseca externa: obrigação externa, procurar recompensas e evitar castigos. Exemplos: “Porque eu ganho dinheiro”, “Tenho de fazer isso”;
- 3 – Motivação extrínseca introjetada (internalizada): pressão interna, evitar sentimentos negativos, expectativas de auto-aprovação, envolvimento para o ego. Exemplos: “Porque minha reputação baseia-se nisso”, “Eu devo fazer isso”;
- 4 – Motivação extrínseca identificada: valorização consciente, importante pessoalmente, identificação com os objetivos. Exemplos: “Porque o trabalho coincide com os meus valores”, “Fazer isso é bom para mim”;
- 5 – Motivação extrínseca integrada: congruente com outras necessidades, incorporado ao *self* (faz parte da vida). Exemplo: “Porque isso faz parte do que eu faço”, “Eu quero fazer isso”;
- 6 – Motivação intrínseca: interesse, fonte de prazer, divertimento, regozijo, satisfação inerente, valorização consciente, importante pessoalmente, elevado grau de autodeterminação. Exemplo: “Porque eu gosto do meu trabalho”, “Eu amo fazer isso”.

Conforme Gagné e Deci (2005), tal teoria pressupõe que o ser humano possui três necessidades básicas universais: a necessidade de competência, que diz respeito a sentir-se útil, “saber fazer” e assim reconhecer valor em si mesmo; a necessidade de autonomia, que diz respeito à liberdade de executar tarefas à sua maneira, tendo em conta os seus valores, seguindo os seus princípios consoante o seu método; a necessidade de vínculo, que diz respeito a possuir relacionamentos significativos, pessoa ou pessoas que se importem para além da atividade em si. Ao satisfazer essas três necessidades básicas, as pessoas passam a ser capazes de aumentar a sua motivação extrínseca ou mesmo transformá-la em intrínseca (SCHÜLER; BRANDSTÄTTER; SHELDON, 2013).

Ao começar a conversa, perguntando o que trazia Francisca à consulta, minha motivação poderia ser extrínseca e externa (*“vou 71hama71-la pois preciso disso para receber o meu salário”*), introjetada (*“vou 71hama71-la para manter minha boa imagem”*), identificada (*“vou 71hama71-la porque fiz um juramento, é o certo a se fazer”*), integrada (*“vou 71hama71-la porque eu quero 71hama-la”*) ou de fato intrínseca (*“vou 71hama71-la porque me deixará feliz, é o que eu gosto de fazer”*). Esses diferentes pensamentos, que correspondem a possíveis motivações que poderíamos ter ao iniciar a consulta, não necessariamente nos ocorrem conscientemente, mas por determinarem nosso comportamento, definem também como será esse espaço intercessor, que como bem disse Merhy (2004), não é um ato, mas sim um acontecimento. Que dúvida de que diferentes motivações levariam a diferentes produtos das relações de cuidado?

Numa compreensão dialógica das ações de saúde, êxito e fracasso técnico devem ser avaliados quanto ao seu significado prático. Conforme diz Ayres (2009), não nos interessa apenas o alcance de fins (um diagnóstico ou uma prescrição, por exemplo), mas também a qualidade dos meios para que isso ocorra, ou seja, a efetividade comunicacional das atividades assistenciais, tanto em forma quanto em conteúdo, precisa ser incorporada como aspecto relevante e norteador do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde.

De acordo com Gagné et al. (2010), todas as atividades humanas que promovem a satisfação das três necessidades básicas (autonomia, competência e vínculo) são adequadas para a aplicação prática da Teoria da Auto-Determinação. À luz da APS, então, um olhar apurado a esse respeito é capaz de fornecer um vasto campo a ser explorado.

A ESF dá nova base para articulações intersetoriais e promove a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência; a sensibilidade para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde; quadros como o da vulnerabilidade resgatam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, chamando à interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento; a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias e, especialmente, propicia um intenso protagonismo comunitário na definição de finalidades e meios do trabalho sanitário. Todas essas mudanças constituem novas interfaces dialógicas com enormes potenciais para os sentidos de reconstrução das práticas de saúde que viemos de discutir. Resta-nos agora o não pequeno desafio de fazer com que os novos discursos trazidos por e com essas recentes proposições permitam, efetivamente, reconstruir nossas práticas de saúde para que possamos sempre mais 71hama-las de Cuidado. (AYRES, 2009, p. 71).

Uma outra questão que podemos retirar desse primeiro encontro com Francisca, é o fato dela estar de certa forma fazendo um caminho “inverso”, isto é, vindo de um serviço

terciário para buscar a sua referência na APS, o que reforça a importância da coordenação do cuidado e ordenação da rede pela APS. No entanto, quando esse percurso do usuário entre os diferentes equipamentos constituintes da rede de saúde acontece de forma truncada, o cuidado fica ameaçado. Francisca demonstra em sua fala que tem necessidades não atendidas. Está sem vínculo com um profissional ou serviço de saúde. Sua satisfação nesse momento provavelmente é baixa. Tudo isso repercute negativamente em seu estado de saúde.

Um estudo canadense recentemente publicado evidencia que o vínculo com um mesmo médico aumenta as chances de que as pessoas considerem suas necessidades de cuidados de saúde atendidas, mais do que quando estão vinculadas apenas a um serviço de saúde ou a nem um nem outro. O Canadá é um país que conta com um sistema de saúde universal, inclusivo, que tem investido no fortalecimento da APS, e ainda assim 10,41% de sua população com 12 anos ou mais relataram ter tido ao menos uma necessidade de cuidado de saúde não atendida, de forma auto-percebida, no último ano. Esse é um dado que salienta a necessidade de se investir em novas políticas destinadas a promover e facilitar o acesso regular da população aos seus médicos de família. De toda forma, a pergunta utilizada na pesquisa canadense (*“Durante os últimos 12 meses houve alguma vez em que você sentiu que precisava de cuidados de saúde, mas não os recebeu?”*) era fechada, isto é, deveria ser respondida com “sim” ou “não”, não permitindo esclarecer se os relatos de necessidades não atendidas diziam respeito a expectativas individuais ou a necessidades clínicas de fato (AWE et al, 2019).

No contexto de uma consulta médica, no espaço intercessor formado entre médico e usuário, clinicamente dirigido para a produção do cuidado, Merhy (2004) nos lembra que ambos são agentes portadores de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, assim como instituidores de necessidades singulares. As interfaces entre esses sujeitos, seus métodos de ação e o modo como se interseccionam estão diretamente relacionados ao trabalho vivo em ato, um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações.

Nesse processo, os pacientes podem trazer consigo preocupações e expectativas não relatadas, que se não percebidas e trabalhadas pelo médico, resultam numa sensação de necessidade não atendida, comprometendo a satisfação com o cuidado. Ou seja, o atendimento médico por si só não é capaz de garantir que as necessidades de cuidados de saúde dos usuários sejam de fato satisfeitas por ele. Da mesma maneira, os médicos podem sentir-se frustrados por não conseguirem identificar ou abordar questões que considerariam relevantes naquele contexto. Podemos nos referir a essas duas situações como necessidades

não alcançadas do paciente, e do médico, respectivamente. Além disso, é normal que durante uma consulta o médico, sobretudo o generalista, se depare com eventuais fragilidades ou lacunas de conhecimento técnico, que podemos chamar de necessidades educacionais do médico (GRANT, 2002; KROENKE, 1998; CASSEL, 1997).

Considerando-se as particularidades da educação de adultos, sabemos que é necessário ao aprendiz sentir a necessidade de aprender, e que identificar as próprias necessidades de aprendizagem constitui-se numa parte essencial da aprendizagem autodirigida. Dessa forma, no cenário da medicina, a motivação de um médico para aprender deriva, sobretudo, das necessidades percebidas durante a sua experiência na prática clínica (GRANT, 2002).

Embora muitas vezes se acredite que o ganho de experiência profissional, conhecimentos e habilidades com o passar dos anos de prática traduza-se num aumento da qualidade do cuidado oferecido, nem sempre essa relação é verdadeira. Uma educação médica continuada que vá além da simples aquisição de conhecimentos, favorecendo mudanças na prática, atitudes e comportamentos dos médicos contribui para a melhoria da qualidade. Espera-se também que essa educação continuada esteja alinhada às necessidades e desejos do usuário final (VAN NIEUWENBORG et al, 2016).

Cabe ressaltar ainda que o reconhecimento da importância da relação médico-paciente e da comunicação na medicina ganha especial relevância no campo da APS, que tradicionalmente já possui um enfoque na prestação de cuidados de saúde de qualidade na relação médico-paciente. Boas habilidades de comunicação estão comprovadamente associadas a múltiplos impactos positivos em aspectos relacionados aos cuidados de saúde, sendo essenciais para que os médicos estabeleçam boa relação médico-paciente, o que se traduz na potencialização da capacidade de melhorar a saúde do usuário em seu estado físico e emocional, com maior adesão ao tratamento, maior satisfação tanto do médico quanto do usuário e diminuição do risco de más práticas ou negligência. Em concordância com esses achados, o ensino de habilidades de comunicação vem ganhando espaço na educação médica, ainda com potencial para desenvolver-se muitas pesquisas e estudos a esse respeito (Wong; Lee, 2006).

Ainda sobre o espaço existente na intersecção entre profissional de saúde e usuário, como já bem vimos anteriormente, constitui-se num ato micropolítico, singular, garantido pela possibilidade de se lidar com as diferenças sem necessidade de intermediação externa. Assume-se que um indivíduo é político pelo fato de poder cuidar de si e conseqüentemente dos outros.

Arendt (2007) pontua que a ação é prerrogativa exclusiva do homem, dependendo inteiramente da constante presença de outros, e por essa relação especial entre a ação e a vida em comum, ratifica-se a ideia compartilhada por vários autores e antigos pensadores, de que “o homem é, por natureza político, isto é, social”. Esse ser político determina, portanto, que em nossas relações utilizemos das palavras, da argumentação e até mesmo da persuasão, mas não da força ou violência. Ao abordar a questão do pensar, Arendt toma como referência a noção de “mentalidade alargada” e senso comum presentes na obra de Kant, segundo o qual o homem não deve se deixar levar pela influência de condições privadas subjetivas, mas se colocar no lugar do outro e considerar toda a humanidade (NOVAES, 2017). Esse conceito de mentalidade alargada, tal como pensado por Arendt, é transformado por Benhabib num princípio moral universal, o que implica na percepção de cada pessoa como alguém a quem devemos o respeito moral de considerar a sua perspectiva, defendendo a ideia de que “o juízo não é uma faculdade de subsumir o particular ao universal, mas uma faculdade de contextualizar o universal de tal modo que ele se relacione com o particular” (BENHABIB, 1992, p.12 apud FRATESCHI, 2014, p.363-364).

‘Aja de tal modo que a máxima de suas ações possa sempre ser uma lei universal da natureza’ [*Kant*] pode ser reformulado como ‘Aja de tal modo que a máxima de suas ações leve em consideração a perspectiva de todos os outros de modo que você estaria na perspectiva de cortejar o consentimento deles’. Esse procedimento de mentalidade alargada e juízo moral contextual não são de maneira alguma incompatíveis. (BENHABIB, 1992, p.136 apud FRATESCHI, 2014, p.378).

10 CONCLUSÃO

“Pelo fato de conceber ideias, o homem se torna um homem novo, que, vivendo na finitude, se orienta para o polo do infinito” (Edmund Husserl)

Ao chegarmos ao final dessa dissertação, acredito ter aberto janelas para novos olhares e significações das práticas de cuidados de saúde. Urge repensar para além do exercício profissional, como nos colocamos para o mundo e para as outras pessoas.

É certo que praticamente todos os problemas de saúde contêm aspectos relacionados a determinações sociais, a valores culturais, a fatores históricos e/ou a implicações psicológicas. Os cuidados em saúde precisam adaptar-se aos diferentes contextos culturais com os quais podemos nos deparar. Não cabe aos profissionais enxergar barreiras, mas sim formas diversificadas e criativas de acessar e se relacionar empaticamente com o outro.

Nessa perspectiva, Deslandes (2006) destaca uma concepção de humanização que caminha na direção da valorização de sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias, vislumbrando-se assim a possibilidade de que esta possa vir a representar uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo.

Vimos que as nossas ações têm, essencialmente, por definição, caráter político e social, uma vez que nossa existência está condicionada à relação e comunicação com o outro. O cuidado, por sua vez, foi aqui apresentado como elemento que funda e possibilita toda e qualquer ação humana, e é justamente através dele que, conforme Ayres (2011) as ações de saúde têm o poder de unir êxito técnico e sucesso prático, para participar da construção dos projetos de felicidade das pessoas.

Assim como Heidegger nos apresenta a sua ontologia fundamental como forma de se chegar ao verdadeiro conhecimento do *ser*, superando a metafísica concebida como ciência do ente, no campo da saúde temos também a emergência de um novo paradigma a partir da segunda metade do século passado. Como nos alertam Anderson e Rodrigues (2016), fica cada vez mais evidente que conceber o funcionamento do corpo humano como o de uma máquina artificial já não faz mais sentido, não é possível, nem prudente, separar mente e corpo, razão e emoção, ser humano e mundo, matéria e espírito ou mesmo natureza e cultura. O entendimento de que os fatores que afetam o processo saúde-doença são multidimensionais e estão inter-relacionados faz justamente com que deixemos de lado uma visão fragmentada

do todo em prol da integralidade biopsicossocial. O *ser*, a vida humana, e os processos a ele relacionados ocorrem de forma sistêmica e só passam a existir e fazer sentido de fato a partir das relações que estabelecem entre si.

O campo das humanidades médicas aponta inevitavelmente para as conexões entre saúde e sociedade, envolvendo também crítica moral e aspiração política, à medida que em seus objetivos está o respeito pelos indivíduos, proteção dos vulneráveis, tolerância às diferenças, preocupação com os necessitados e busca pela justiça na promoção da saúde e prestação de cuidados.

Não é surpresa nem novidade para nós que a pobreza e vulnerabilidade social constituem a principal razão pela qual determinadas populações adoecem com maior frequência e têm expectativa de vida mais curtas do que outras. Mesmo que a medicina não seja capaz de eliminar a pobreza e as variadas formas de adoecimento social, espera-se que os médicos e demais profissionais da saúde sejam capazes de reagir e responder às necessidades daqueles pacientes cujos corpos e mentes suportam o peso dos problemas sociais. Assim, advogar por essas pessoas torna-se uma responsabilidade moral.

A capacidade de perceber diferentes perspectivas, de entender histórias de vida, pensamentos e imagens do cotidiano são formas de reforçar as habilidades de pensamento crítico e o conhecimento para lidar com toda essa problemática no dia-a-dia. As humanidades médicas nos reaproximam dos objetivos fundamentais da medicina. Como colocam Cole; Carlin e Carson (2015), apesar de todo o esforço despendido na valorização e incorporação das humanidades médicas no ensino e na prática da medicina, não vamos conseguir através dela endireitar a madeira torta da humanidade, mas em vez disso, almejamos ser capazes de cultivar a consciência dos limites e o respeito pelas diferenças nos cuidados de saúde, contribuindo acima de tudo para o aprendizado e desenvolvimento da nossa própria humanidade, preparando-nos para uma vida de prática reflexiva nos mundos profissional e público.

E, se começamos com música, por que não também terminar?! Afinal de contas, música é vida, é natureza, e nos acompanha desde os primórdios da nossa humanidade. Para encerrar, deixo então outra mensagem, dessa vez da música do poeta Vinícius de Moraes (1967): *“a vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida”*.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista HUPE**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul.-set./2016.

ANÉAS, T. V. **Significados e sentidos das práticas de saúde**: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ANTUNES, C.; GARROUX, D. **Pedagogia do cuidado**: um modelo de educação social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

AWE, O. A.; OKPALAUWAEKWE, U.; LAWAL, A. K; ILESANMI, M. M.; FENG, C; FARAG, M. Association between patient attachment to a regular doctor and self-perceived unmet health care needs in Canada: a population-based analysis of the 2013 to 2014 Canadian community health surveys. **Int J Health Plann Mgmt**, USA, v. 34, p. 309-323, 2019.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. *In*: PINHEIRO, R. P.; JUNIOR, A. G. S. (Org.). **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011.

_____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BASTOS, R. R. **O método clínico**. Juiz de Fora, MG: Belvedere, 2014.

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *In*: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 197-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Brasília: 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v.2). Brasília: 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. (Série I. História da Saúde no Brasil). Brasília, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** (Série E. Legislação em saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2. ed., Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 11 jan. 2020.

BUBER, M. **Eu e Tu**. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CASSELL, E. J. **Doctoring: the nature of primary care medicine**. New York: Oxford Press University, 1997. 206 p.

_____. **The nature of suffering and the goals of medicine**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2004.

_____. **The nature of healing: the modern practice of medicine**. New York: Oxford University Press, 2013.

CHARON, R. **Narrative medicine: honoring the stories of illness**. New York: Oxford University Press, 2006.

COLE, T. R.; CARLIN, N. S.; CARSON, R. A. **Medical humanities: an introduction**. New York: Cambridge University Press, 2015.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FAUSTO et al. O futuro da atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 12-17, set. 2018.

FERIGATO, S. H; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, SP, v. 15, n. 38, p. 663-675, jul./set. 2011.

FRATESCHI, Y. Universalismo interativo e mentalidade alargada em Seyla Benhabib: apropriação e crítica de Hannah Arendt. **ethic@ Revista Internacional de Filosofia da Moral**, Florianópolis, SC, v. 13, n. 2, p.363-385, 2014.

GADAMER, H. G. **Hermenêutica em retrospectiva: a virada hermenêutica**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 212 p. v. 2.

_____. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, 2009.

GAGNÉ, M.; DECI, E. L. Self-determination theory and work motivation. **Journal of Organizational Behavior**, Oxford, United Kingdom, v. 26, p.331–362, 2005.

GAGNÉ, M. et al. The Motivation at Work Scale: Validation Evidence in Two Languages. **Educational and Psychological Measurement**, [S.l.], v. 70 n. 4, p.628–646, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019.

GRANT, J. Learning needs assessment: assessing the need. **BMJ**, London, v. 324, n. 7330, p.156-159, 2002.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, CE, v. 3, n. 2, p.353-371, set. 2003.

HECKHAUSEN, J.; HECKHAUSEN, H. (Eds.). **Motivation and Action**. 3. ed. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2018.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas de mortalidade por câncer – série temporal 2000 – 2015**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2018.

KAHLMeyer-MERTENS, R. S. **10 lições sobre Gadamer**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

KIDD, M. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KROENKE, K. Patient expectations for care: how hidden is the agenda? **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, MN, USA, v.73, p.191-193, 1998.

KUSCHNIR, R. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado. *In*: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. [Ed] **Gestão de redes de atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Educação à distância, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2014, p.129-168.

LI-MEI, H. et al. Chinese primary care providers and motivating factors on performance. **Family Practice**, Oxford, United Kingdom, v. 30, n. 5, p. 576–586, oct. 2013.

MANSUR, A. J. Humanização. **DiagnTratamento.**, São Paulo, v. 14 n. 4, p.160-161, out./nov./dez. 2009.

MENDONÇA, M. H. M. et al. [Orgs]. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 15, n.2, p. 320-332, mar./abr. 2011.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar:** a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MORI, V. D.; GONZÁLEZ-REY, F. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, SP, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

NOGUEIRA, R. P. Para uma análise existencial da saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v. 10, n. 20, p. 333-345, jul./dez. 2006.

_____. A saúde da Physis e a saúde do Dasein em Heidegger. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 429-450, 2007.

NOVAES, A. C. **Pensar sem apoios:** Hannah Arendt e a vida do espírito como política do pensar. 2017. 137 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

O QUE É? O QUE É? [Compositor e intérprete]: Gonzaguinha. **Caminhos do coração.** [S.l.]: EMI, 1982.

OLIVEIRA, C. H. C. Resenha: Dossiê: Filosofia Contemporânea: reflexões sobre os dias atuais. **InterEspaço**, Grajaú, MA, v. 2, n. 4, p.210-213, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Declaração de Alma-Ata:** Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, URSS, set. 1978.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa.** 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.68-97, 2008.

REIS, R. C. **Casos complexos na Atenção Primária à Saúde:** narrativas de residentes em Medicina de Família e Comunidade. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária à Saúde / Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa e Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **As cinquenta primeiras clínicas da família da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2012.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, MG, v. 21, n. 2, p. 166-173, set./dez. 2009.

SAMBA da Benção. Intérprete: Vinícius de Moraes. Compositores: Vinícius de Moraes e Baden Powell. In: VINÍCIUS. Intérprete: Vinícius de Moraes. [S.l]: Elenco, 1967.

SCHÜLER, J.; BRANDSTÄTTER, V.; SHELDON, K. M. Do implicit motives and basic psychological needs interact to predict well-being and flow? Testing a universal hypothesis and a matching hypothesis. **MotivEmot**, [S.l], v. 37, n. 3, p.480–495, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

VAN NIEUWENBORG, L.; GOOSESENS, M.; DE LEPELEIRE, J.; SCHOENMAKERS, B. Continuing medical education for general practitioners: a practice format. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 92, p.217-222, 2016.

WONG, S. Y. S.; LEE, A. Communication skills and doctor patient relationship. **The Hong Kong Medical Diary**, Wan Chai, Hong Kong, v. 2, n. 3, p.7-9, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. **Cancer Today**. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/home> Acesso em 22 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; United Nations Children’s Fund. **Declaration of Astana**. Astana, Kazakhstan, 2018. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> Acesso em 06 mar. 2020.