



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

OCTAVIO AUGUSTO CONTATORE

**OS SENTIDOS DO CUIDADO EM SAÚDE**

CAMPINAS

2016

OCTAVIO AUGUSTO CONTATORE

## **OS SENTIDOS DO CUIDADO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na  
Área de Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. NELSON FILICE DE BARROS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR OCTAVIO  
AUGUSTO CONTATORE E ORIENTADA PELO PROF.  
DR. NELSON FILICE DE BARROS.

CAMPINAS

2016

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CAPES, 01P-03490/2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C767s Contatore, Octavio Augusto, 1961-  
Os sentidos do cuidado em saúde / Octavio Augusto Contatore. –  
Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Nelson Filice de Barros.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Assistência à saúde. 2. Sociologia médica. 3. Saúde coletiva. 4.  
Revisão. I. Barros, Nelson Filice de, 1968-. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The senses of health care

**Palavras-chave em inglês:**

Delivery of health care

Sociology, Medical

Public health

Review

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Nelson Filice de Barros [Orientador]

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Solange L'Abbate

**Data de defesa:** 22-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

---

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**OCTAVIO AUGUSTO CONTATORE**

---

---

**ORIENTADOR: NELSON FILICE DE BARROS**

---

---

**MEMBROS:**

**1. PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS**

**2. PROF. DR. JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES**

**3. PROFA. DRA. SOLANGE L'ABBATE**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas encontra-se no processo de vida acadêmica de Octavio Augusto Contatore.

---

**Data: 22/02/2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram para realização deste trabalho.

À Capes, pelo financiamento que proporcionou a concretização do projeto.

Ao meu orientador, que muito me incentivou a ir além dos meus limites.

E, especialmente, à minha maravilhosa companheira, porque o seu apoio, sua paciência e seu cuidado foram decisivos para a conclusão deste trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** O cuidado em saúde tem sido tema de reflexão e criação de conhecimento sobre as práticas de atenção à saúde em diferentes níveis de assistência. Para a sociologia, refere-se a uma fusão complexa de experiências e ações, cujo objetivo é atender a necessidade das pessoas. **Objetivo:** Analisar a literatura indexada sobre o cuidado em saúde, a partir dos enfoques da sociologia, sociologia da saúde e assistência à saúde. **Método:** Revisão Sistemática da Literatura na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores "assistência à saúde", ou "cuidados de saúde" (e seus derivados) e "sociologia médica". Nas bases: PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, Francis (OVID), ProQuest Central e Academic Search Premier (EBSCO HOST) com os descritores: "health care" (e derivados) e "sociology, medical". Nas bases Jstor e Sage com os descritores "care or health or health care and (abstract) sociology". Foram incluídos artigos publicados no período entre 2003 e 2013, em português, espanhol ou inglês. Foram excluídos artigos que não fossem de acesso aberto ou não disponibilizados no Portal de Periódicos da CAPES, artigos de revisão de literatura, carta, editorial e tese, artigos que não ofereceram acesso aos seus resumos. Foram identificados 262 artigos relacionados ao tema e selecionados 63. **Resultados:** Emergiram da análise dos artigos os temas relacionados a: 1) ontologia, hermenêutica e teleologia dos cuidados em saúde; 2) construção do campo da sociologia do cuidado; 3) subjetividade e sociabilidade nos cuidados; e 4) propostas e aperfeiçoamento da gestão do cuidado. **Conclusão:** A expressão cuidado em saúde reflete uma complexa e abrangente rede de concepções e de ações tanto para a sociologia como para a saúde, envolvendo um fazer tácito e técnico do ser humano, em que, ao mesmo tempo em que é uma prática individual, também, é construído e suportado coletivamente. Visto pelo prisma da sociologia e sociologia da saúde, o cuidado abrange questões amplas relacionadas à vida dos sujeitos atendidos nos sistemas de saúde, para além de ações pontuais de aplicação de procedimentos técnicos ou tecnológicos.

**Palavras-chave:** Cuidado, Sociologia da Saúde, Saúde Coletiva, Revisão Sistemática da Literatura.

## ABSTRACT

### THE SENSES OF HEALTH CARE

**Introduction:** The health care has been the subject of reflection and knowledge creation about the health care practices in different levels of assistance. For sociology, it is about a complex fusion of experiences and actions, which aims to meet the need of people.

**Objective:** To analyze the indexed literature on health care, from the approaches of sociology, sociology of health and health care. **Method:** Systematic Literature Review on Virtual Health Library with the keywords "health care" or "health assistance" (and its derivatives) and "medical sociology". On the bases: PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, Francis (OVID), ProQuest Central and AcademicSearch Premier (EBSCO HOST) with the keywords: "health care" (and derivatives) and "sociology, medical". In Jstor and Sage bases with the keywords "care or health care or health and (abstract) sociology." There were included articles published between 2003 and 2013 in Portuguese, Spanish or English. There were excluded articles that were not open access or not available on the CAPES Journal Portal, literature review articles, letters, editorial and thesis, articles that did not offer access to their abstracts. They were identified 262 articles related to the topic and selected 63.

**Results:** It was emerged by the analysis the topics related to: 1) ontology, hermeneutics and teleology of the health care; 2) the care sociology building; 3) subjectivity' and care sociability; 4) proposals and improvement to care administration. **Conclusion:** The expression Health Care reflects a complex and extensive network of conceptions and actions both for sociology and health, involving a tacit and technical make of the human being, in which, while it is an individual practice, also, it is built and supported collectively. Seen through the prism of sociology and sociology of health, the care covers broader issues related to the life of the subjects treated in health systems, as well as specific actions to application of technical or technological procedures.

**Keywords:** Health, Sociology, Medical, Public health, Systematic literature review.

## LISTA DE TABELAS

<i>Título da Tabela</i>	<i>Página</i>
<i>Tabela 1</i> - Total geral e parcial dos artigos encontrados	16
<i>Tabela 2</i> - Divisão dos 202 artigos em oito áreas e o número selecionado para análise	17
<i>Tabela 3</i> - Cinco categorias temáticas e sua incidência nos textos das oito áreas focais	18

## SUMÁRIO

1. Apresentação	10
2. Introdução	11
3. Capítulo 1: Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia	26
4. Capítulo 2: Sociologia do cuidado: um campo em construção	43
5. Capítulo 3: Subjetividade e sociabilidade nos cuidados	65
6. Capítulo 4: Gestão do cuidado: propostas e aperfeiçoamento	90
7. Conclusão	113
8. Referências	116
9. Apêndice	118

## APRESENTAÇÃO

*“A vida passa através de nós e podemos desfrutar ou não desta passagem. É preciso existir em nossa existência”<sup>1</sup>.*

O tema cuidado em saúde, seu estudo e suas implicações ganhou importância no campo da saúde, pois novas formas de abordá-lo têm sido produzidas, de maneira diversa à sua concepção tradicional advinda do campo da biomedicina. Se antes significava uma ação especializada, diretamente ligada ao tratamento de alguma doença, buscando a melhor relação entre custo e eficácia; cada vez mais tem sido concebido abrangendo questões variadas ligadas à vida, tanto de quem o recebe quanto de quem o pratica.

Na tentativa de melhor entender a emergente diversidade de propostas de cuidado, este trabalho foi direcionado para fazer um estudo sociológico do cuidado na área da saúde. Com isso pretende alternar o olhar, ora para os seus aspectos práticos, ora para os subjetivos e, ao conhecer seus elementos constituintes, envolvê-los e participar da construção de um referencial que os contemple.

Sou profissional da saúde, formado em psicologia, trabalhando com Medicina Tradicional Chinesa há mais de 30 anos, na qual o conceito de cuidado é parte essencial da intervenção na proposição de apropriação do sujeito sobre o cuidado de si<sup>2</sup>. Pela minha trajetória, interessei-me em pesquisar o tema do cuidado em saúde por concebê-lo um elemento agregador dos sujeitos, que possa proporcionar uma inter-relação entre cuidador e pessoa cuidada, que caminhe para a horizontalidade, em que o saber de ambas as partes seja respeitado e igualmente possa contribuir na construção de um projeto de vida emancipador. Ainda, por este tema ser um importante conceito catalisador de uma mudança cultural da concepção hegemônica da biomedicina polarizada no binômio saúde/doença, modificando para uma noção de saúde positiva, integral e dinâmica, a ser construída conjuntamente entre os membros da sociedade, respeitando a diversidade das necessidades individuais e coletivas.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo investigar sociologicamente o cuidado no campo da saúde e ampliar a discussão sobre o tema. Antes de adentrar na análise do conhecimento acumulado nesta área é propício compreender qual é a etimologia do substantivo cuidado e os aspectos semânticos implícitos a esta palavra.

O substantivo cuidado tem o significado de: desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, encargo incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação<sup>3</sup>.

Leonardo Boff<sup>4</sup> defende ser o cuidado uma categoria que implica em uma nova definição do ser humano e de sua missão no conjunto dos seres. Aborda ao tema citando, inicialmente, a fábula 220 do filósofo romano Higino em que o ser humano é definido como um ser-de-cuidado e, em seguida, explora a atribuição ontológica dada por Heidegger, para quem o cuidado é tido como algo que somos, não apenas algo que temos e, principalmente, sem ele deixaríamos de ser humanos. Boff<sup>4</sup> atribui ao cuidado duas significações básicas e intimamente ligadas entre si. A primeira é a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro e, a segunda, abrange a preocupação e a inquietação de alguém envolvido e afetivamente ligado à outra pessoa. Para o autor, o cuidado remete à pessoa sair de si para centrar-se no outro com desvelo e solicitude<sup>4</sup>.

Tendo em vista os significados aqui elencados ao termo cuidado, minimamente é possível compreendê-lo como algo que se dá na relação entre uma pessoa, com algo ou alguém. Uma relação que guarda em si uma atitude de preservação e não de destruição. Entretanto, com qual eficiência e amplitude isto acontece, depende de como foi construída socialmente a concepção de sujeito, tanto por quem aplica como por quem recebe às ações de cuidado.

Um estudo sociológico sobre o cuidado em saúde implica em uma busca de referências, que possam nortear uma base de entendimento e produção de significados, na interface entre estas duas áreas de conhecimento.

A expressão *cuidado em saúde*, e a sua tradução literal para o inglês *health care*, reflete uma complexa e abrangente rede de ações e de concepções tanto no campo da saúde como no da sociologia/sociologia da saúde.

Em situações que envolvam o cuidado à saúde, diferentes significados podem ser atribuídos à palavra cuidado, tais como: atenção, assistência, proteção, tratamento, cura, acolhimento, educação, autonomia etc. Esses significados, de forma genérica, podem ser compreendidos pela perspectiva de existir um entrelaçamento entre indivíduos para a preservação da vida.

Já a discussão em torno do cuidado, dentro e fora do campo da saúde, atualmente abrange questões amplas, que envolvem: os determinantes sociais da saúde, a reformulação dos sistemas de saúde em função do aumento do custo do cuidado, a humanização nas ações de cuidado, a atenção à saúde em ambientes comunitários e por cuidadores leigos, os significados implícitos no processo do adoecimento, a busca de ofertar um espaço de escuta e acolhimento - independente de alcançar ou não a cura, o aumento da oferta de formas de cuidado não biomédicas, os limites das ações de cuidado pelo modelo biomédico, a promoção da autonomia e da emancipação do sujeito que dele necessita.

Assim, o conceito de cuidado fornece uma perspectiva que atravessa um número de temas e níveis de análise, ligando micro interações e macroestruturas, reunindo aspectos formais e informais<sup>a</sup> relacionados à vida social, em vez de tratá-los como temas especializados e distintos<sup>5</sup>.

O cuidado para as ciências sociais sempre foi considerado uma responsabilidade familiar pertencente às mulheres. A devoção e o dever pessoal eram atribuídos ao gênero e a relações familiares. Isto fez com que o cuidado não recebesse a devida atenção nos estudos sociológicos. Porém, na segunda metade do século XX, a prestação de cuidados tornou-se um aspecto cada vez mais controverso da vida moderna, visto por uma nova perspectiva, o cuidado não foi mais considerado uma questão pessoal, foi deslocado para a esfera pública. Esta mudança decorreu de fatores como: a entrada das mulheres no mercado de trabalho, o envelhecimento da população e os desenvolvimentos médicos e biotecnológicos<sup>5</sup>.

O cuidado pode ser compreendido como um fazer tácito do ser humano, pois, ao mesmo tempo em que é uma prática individual, é construído coletivamente. Como resultante de um processo de socialização, sua transmissão é complexa, pois necessita de interações prolongadas<sup>6</sup>. Relaciona-se à busca da sobrevivência e da satisfação às necessidades decorrentes do viver, individual e em grupo, assim como à ampliação dos atributos biológicos

---

<sup>a</sup> Utiliza-se aqui a mesma linguagem empregada nos textos, os quais se referem como cuidador formal aquele que teve uma qualificação específica no campo da saúde. E cuidador informal a pessoa sem qualificação que exerce a atividade de cuidado sob um contrato de trabalho ou não.

instintivos de sobrevivência da espécie, em direção ao desenvolvimento da cultura, a partir dos determinantes de sua historicidade<sup>7</sup>. Cuidado e alteridade desenvolvem-se conjuntamente, mais do que “apenas” uma ação, o cuidado pode ser concebido como uma forma respeitosa de olhar o outro e a si mesmo. Neste sentido, o acolhimento e o cuidado constituem-se de forma interdependente<sup>8</sup>.

Vagheti et al.<sup>7</sup> descrevem o desenvolvimento do cuidado entre pessoas desde o período paleolítico, iniciando a partir da proteção materna instintiva e ampliando sua expressão até uma economia de subsistência. Postulam que, além de estar inserido a um sistema de trocas, o cuidado dependia da solidariedade, do inter-relacionamento e da interdependência de homens e mulheres reconhecendo-se mutuamente no trabalho.

O cuidado, visto por este prisma, transformou-se ao passar de ações autônomas para especializadas, exercidas por pessoas no grupo capazes de ocuparem o papel de cuidadores. O xamã, o feiticeiro e, posteriormente, o sacerdote foram os representantes de um cuidado que passou a ser exercido, no decorrer da história, por pessoas dotadas de um conhecimento diferenciado no grupo. Com o início da industrialização e suas conseqüentes mudanças sociais, a institucionalização e a profissionalização do cuidado foram acentuadas<sup>7</sup>.

O processo de institucionalização do saber médico foi minuciosamente descrito por Foucault<sup>9</sup>. Ao estudar o nascimento da clínica, o autor descreve a mudança de visão da medicina, do século XVIII, sobre os processos de adoecimento. Conceitua que a doença passa a ser objeto de estudo e o principal foco de atenção, enfatizando a criação social de sua categoria. Institucionaliza-se pela sua descrição minuciosa, só alcançada pela observação atenta de todas as suas nuances. Exemplifica dizendo que, naquele momento histórico, em que a racionalidade passou a ser o critério de produção e validação do conhecimento, a ciência desenvolveu uma observação classificatória do adoecimento, semelhante ao modelo utilizado na botânica. Desta maneira, para a compreensão da doença era necessário reunir tudo aquilo que podia ser observado em algum momento, direta ou indiretamente<sup>9</sup>.

A subjetividade implícita no adoecer começou a ser destituída em consequência da reconfiguração do saber que, com o advento da modernidade e da postulação de uma ciência positiva, passou a ser objetual e factual. Tal fato levou ao médico, no exercício de conhecer o fato patológico, abstrair o doente. Para Foucault<sup>9</sup>, paradoxalmente, o paciente tornou-se apenas um fato exterior em relação àquilo que o faz sofrer, sendo que a leitura médica só o tomará em consideração para colocá-lo entre parênteses.

Ao mesmo tempo em que se desenvolvia a clínica médica, o modelo metodológico da ciência identificado como modo de produção de verdades era cada vez mais associado à máquina, ocupando o relógio um lugar exemplar. A construção da biomedicina, desta maneira, vinculou-se a um imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica, em que o todo do mecanismo é dado pela soma de suas partes, visão mecanicista do mundo que impregna o imaginário social até a modernidade. Coerente com o desenvolvimento analítico mecanicista, a lógica anátomo-clínica vinculou a uma intervenção médica ao corpo, às lesões e às doenças. A doença como fato concreto, fixa e imutável, se expressa por sintomas e manifestação de lesões que devem ser buscadas no organismo, por meio de uma intervenção também concreta<sup>10</sup>.

As ações de cuidado da biomedicina, então, direcionaram-se majoritariamente para um modelo de atenção que desapropriou o sujeito do território do seu existir, do seu corpo, do cuidado de si, de sentir e de compreender o seu adoecimento, como, também, de construir para si algum equilíbrio, que acolhesse conjuntamente a sua subjetividade e escolhas<sup>11</sup>.

O aperfeiçoamento da oferta de um saber técnico cada vez mais especializado, o incremento da tecnologia mediando a relação entre profissional e paciente, bem como a crescente mercantilização da saúde<sup>12</sup> gerou, ao final do século XX e início do século XXI, um questionamento da validade deste modelo. Ao mesmo tempo, possibilitou a reflexão sobre qual seria o ideal de cuidado à saúde. Estabeleceu-se, assim, a criação de múltiplos conceitos de cuidado, que buscam ir além de serem apenas novos modelos de aplicação técnica de atenção à saúde<sup>13</sup>.

A diversidade de ideias e de ideais a este respeito fez o cuidado à saúde ser concebido por duas dimensões. Por um lado, pelo conjunto de práticas aplicadas à clínica biomédica e ampliadas constantemente em seu conjunto pela tecnociência. Por outro, pelas ações no âmbito da saúde ser enriquecidas por uma ampliação da concepção de mundo e de sujeito a ser atendido, ao considerá-lo detentor do direito e do sentido para o qual se aplicam tais ações.

A prática diária dos profissionais de saúde inspira a criação e a concepção de novas tecnologias de cuidado, tanto no seu sentido operacional e técnico como no desenvolvimento de conceitos que o avaliem e promovam uma maior qualidade das ações aplicadas. Portanto, faz-se necessário pensar o cuidado conjuntamente a sua dimensão tácita,

humana e social, mas também, como categoria ligada diretamente à prática em saúde. Considerando que as criativas abordagens de muitos profissionais que estão no cotidiano da assistência à população podem guiar e intensificar a construção de novos referenciais teóricos.

Tendo em vista a transformação histórica da categoria cuidado, sua multiplicidade de conceitos e sua centralidade no desenvolvimento social, optou-se pelo estudo dos referenciais acumulados pela literatura acerca das reflexões sobre o cuidado e sua entrada ou não como objeto de estudo científico. Para tanto, realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura com o objetivo principal de analisar os artigos indexados sobre o cuidado em saúde, que utilizaram os enfoques da sociologia, da sociologia da saúde e da assistência à saúde. Buscou-se apreender com qual referencial o cuidado é descrito na sociologia e se há uma sociologia dos cuidados, assim como qual referencial de cuidado é descrito na sociologia da saúde e se há uma diferenciação do modelo de cuidado biomédico.

Para a realização desta Revisão Sistemática da Literatura sobre o tema Cuidado em Saúde, foram utilizados os descritores "Assistência à saúde" *or* "Prestação de Assistência à Saúde" *or* "Prestação de Cuidados de Saúde" *or* "Prestação de Assistência Odontológica" *or* "Prestação de Cuidados Odontológicos" *or* "Cuidados de Saúde" *or* "Cuidados de Assistência à Saúde" *or* "Rede de Cuidados Continuados de Saúde" *AND* "Sociologia Médica" na Biblioteca Virtual em Saúde e seus correspondentes em inglês "*Delivery of Health Care*" *or* "*Health Care Delivery*" *or* "*Health Care Systems*" *or* "*Delivery of Dental Care*" *or* "*Health Care*" *and* "*Sociology, Medical*" nas bases de dados que contemplam artigos da área da Saúde: PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST). E com os descritores *Care or Health or Healthcare and (abstract) Sociology* nas bases de dados que contemplam artigos das Ciências Sociais: Jstor e Sage.

As bases Jstor e Sage foram escolhidas por oferecer um número maior de artigos abordando o tema utilizando um referencial sociológico. Contudo, foi necessário pesquisar uma adaptação dos descritores para alcançar efetividade na busca.

A pesquisa nas bases de dados foi efetuada em outubro de 2014 e teve duas etapas: na primeira coletou-se o número bruto de artigos, em cada base, filtrados apenas com utilização de aspas em cada descritor nas bases de dados que contemplavam a área da saúde. O uso de aspas como filtro foi necessário para especificar a busca sem abrangê-la para cada palavra em separado. Esse recurso não foi necessário nas bases de dados Jstor e Sage.

Na segunda etapa utilizou-se na busca os filtros fornecidos pelas próprias bases de dados, que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ter sido publicado no período entre 2003 e 2013; ser um artigo científico indexado; ser publicados em português, espanhol ou inglês; ter um dos descritores no título e no resumo nas bases de dados da área da Saúde e ter os descritores no título ou no resumo nas bases de dados das Ciências Sociais. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não fossem de acesso aberto ou não disponibilizados no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), artigos de revisão de literatura, carta, editorial, dissertação ou tese, artigos que não oferecessem acesso integral aos textos.

O número total geral de artigos encontrados e os selecionados, a partir dos filtros disponíveis em cada base, estão descritos na tabela abaixo:

**Tabela 1 – Total geral e parcial dos artigos encontrados**

<b>Base de Dados</b>	<b>Total Geral Encontrado</b>	<b>Total Selecionado a partir dos filtros disponíveis em cada base</b>
<b>Biblioteca Virtual em Saúde</b>	174	20
<b>PubMed</b>	688	32
<b>Scopus</b>	1.020	112
<b>Embase</b>	168	39
<b>Web of Science</b>	11.463	221
<b>Francis (OVID)</b>	55	2
<b>ProQuest Central</b>	223.543	171
<b>Academic Search Premier (EBSCO HOST)</b>	137.531	121
<b>Jstor</b>	72	35
<b>Sage</b>	144	99
<b>Total</b>	<b>374.858</b>	<b>852</b>

Como cada base oferecia filtros diferentes, possibilitando maior ou menor abrangência, foi necessário, posteriormente, filtrar manualmente os artigos coletados para atender aos critérios de inclusão e de exclusão. Com a filtragem manual foi possível retirar, primeiramente, os artigos duplicados, que apareceram simultaneamente em mais de uma base de dados, e posteriormente foram excluídos os textos que não apresentavam os critérios acima elencados. Após esta seleção, obteve-se o número de 262 artigos que atenderam aos critérios propostos e foram escolhidos para a leitura.

### Processo de seleção dos textos identificados

Para uma triagem inicial passou-se a uma leitura prévia dos textos que possibilitou a sua ordenação em grupos com temáticas semelhantes. Neste momento foi percebida a existência de 60 artigos tratando de assuntos sem nenhuma conexão com o tema desta revisão, mesmo tendo atendido aos critérios de inclusão e exclusão propostos. Apresento como exemplo o texto intitulado *Building Social Capital in Early Childhood Education and Care: An Australian Study*<sup>14</sup>, que descrevia uma pesquisa com crianças em escolas na Austrália e avaliava o desenvolvimento de seu capital social, sem abordar em nenhum momento o tema - cuidado - e suas implicações na área da saúde. Assim, nesta etapa, 60 textos foram excluídos do universo para análise.

Em uma primeira análise dos 202 artigos restantes pode-se notar que a discussão sobre o cuidado presente nos textos era abordada em oito áreas focais, nas quais os artigos foram agrupados. O critério utilizado para nomear estas áreas foi aproximar, dentro do possível, da terminologia empregada pelos autores nos textos.

Em seguida, ao reler os textos, foi definido o grau em que cada um trazia elementos que discutisse a perspectiva do cuidado em saúde. A grande maioria dos textos tratava de questões pertinentes aos campos da saúde ou da sociologia, mas não tratavam especificamente ao tema cuidado. Nesta etapa foram escolhidos, para análise, 63 artigos, no conjunto dos 202 artigos previamente selecionados, que explicitavam melhor a discussão sobre o cuidado em saúde (a listagem dos textos analisados está no Apêndice 1). As oito áreas focais e o número de artigos agrupados em cada área estão descritos na Tabela 2:

**Tabela 2 – Divisão dos 202 artigos em oito áreas e o número selecionado para análise**

Áreas Focais	Nome/temática	Nº total de artigos	Nº de artigos selecionados
Área 1	Estudos sociológicos sobre saúde doença e aplicação do cuidado	71	23
Área 2	Análise, mudanças ou reformulação dos Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde (SNSS)	44	7
Área 3	Profissionais e suas entidades refletindo sobre suas práticas de atenção à saúde	27	9
Área 4	Determinantes sociais - disparidades e desigualdade ao acesso aos sistemas de saúde	18	4
Área 5	A atenção à saúde pelo modelo biomédico	14	8
Área 6	Uso de tecnologias voltadas para o aperfeiçoamento da atenção à saúde	12	1
Área 7	Fatores econômicos influenciando a atenção à saúde	7	2
Área 8	Uso de medicinas não biomédicas na atenção à saúde	9	9
TOTAL		202	63

A leitura pormenorizada dos 63 textos possibilitou a identificação de novos temas constantemente abordados pelos autores no interior das oito áreas focais, assim, optou-se por uma nova subdivisão em cinco categorias temáticas, ao qual foram nomeadas a partir de elementos teóricos ou assuntos ali abordados. Em seguida estimou-se a incidência das cinco temáticas presentes nos textos, no interior das oito áreas de discussão observadas anteriormente. A Tabela 3 apresenta as cinco categorias temáticas e sua incidência, sendo que um mesmo texto pode ter sido classificado em mais de uma categoria:

**Tabela 3 – Cinco categorias temáticas e sua incidência nos textos das oito áreas focais.**

<b>Cinco → categorias temáticas</b>	<b>Crise nos sistemas de saúde</b>	<b>Cuidado centrado no paciente</b>	<b>Contemplar a subjetividade, sentimentos e emoções nas ações de cuidado</b>	<b>Disparidades sociais interferindo ao acesso ao cuidado</b>	<b>Melhorias na aplicação do cuidado pelos sistemas de saúde</b>	<b>Total</b>
<b>Oito áreas focais ↓</b>						
<b>Área 1</b>	4	15	15	2	10	<b>46</b>
<b>Área 2</b>	2	0	2	1	6	<b>11</b>
<b>Área 3</b>	0	5	7	1	7	<b>20</b>
<b>Área 4</b>	1	1	2	4	1	<b>9</b>
<b>Área 5</b>	1	1	1	0	8	<b>11</b>
<b>Área 6</b>	0	0	0	1	1	<b>2</b>
<b>Área 7</b>	1	1	2	0	0	<b>4</b>
<b>Área 8</b>	0	6	5	1	7	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	

Destaca-se que as fases realizadas na busca de classificação dos textos selecionados visaram à realização de um mapeamento dos temas que circunscrevem as publicações científicas aqui elencadas sobre o cuidado na sua interface entre sociologia/sociologia da saúde e saúde.

Antes de descrever mais detalhadamente os achados desta pesquisa é preciso ressaltar as limitações implícitas ao método. Uma revisão sistemática da literatura atinge aquilo que os descritores e as bases de dados permitem alcançar, o que não necessariamente contempla todo o campo a ser pesquisado. Portanto, qualquer análise que se faça de seus achados, sempre vai ser uma leitura parcial do objeto de estudo.

Ainda é preciso destacar que as bases de dados de repercussão internacional e reconhecidas na academia são, em sua maioria, de origem anglofônica, com maior possibilidade de indexação de textos escritos em inglês. Dessa forma é de se esperar que as revisões bibliográficas alcancem um maior número de artigos divulgados em inglês. Assim,

há críticas sobre os limites desta metodologia de pesquisa, assinalando a prevalência destas publicações em detrimento daquelas produzidas em outras línguas. Isto pode ser observado na presente pesquisa, que resultou após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, em 100% de artigos publicados na língua inglesa.

Outro limite a ser destacado advindo da temática escolhida refere-se à amplitude de significados atribuídos à palavra cuidado e à aparente inexistência de um conceito que o defina com precisão. Especialmente ao que tange à inter-relação entre os campos da sociologia e o da saúde.

Mesmo assim, esta revisão bibliográfica, com a parcialidade de seus achados, pode servir como parte do esforço para a elaboração de um *constructo* sobre o cuidado em saúde, já empreendido por alguns autores brasileiros<sup>6,13</sup> e que contemple um entendimento em torno do cuidado na interface entre estas duas áreas de conhecimento que o estudam: a sociologia/sociologia da saúde e a assistência em saúde.

O caminho percorrido para a categorização dos textos ajudou a contemplar dois níveis de mapeamento do material encontrado. O primeiro possibilitou reconhecer a característica geral do campo estudado, delimitada pelas oito áreas focais, que a classificação dos estudos ofereceu, o segundo, representado pelo reconhecimento de cinco categorias temáticas, pôde explicitar mais especificamente o que os trabalhos selecionados mostraram interesse em discutir.

### **Descrição das Oito Áreas Focais e das Cinco categorias temáticas**

Segue, agora, uma descrição pormenorizada dos dois níveis de mapeamento representados pelas Oito Áreas de Discussão e as cinco categorias temáticas, como também uma leitura da sua intersecção.

O primeiro nível, representado pelas Oito Áreas de Discussão (Tabela 2), ressalta a amplitude do tema pesquisado na interface entre sociologia/sociologia da saúde e saúde. Estas oito áreas demonstraram que um estudo sociológico sobre o cuidado no campo da saúde abrange mais do que a atenção à saúde pelo modelo biomédico, pautado na aplicação de procedimentos para o tratamento de doenças, na avaliação de seu custo/eficácia e na prevenção por meio de análise dos riscos envolvidos em determinado modo de vida<sup>10,11,15,16,17</sup>.

Neste sentido é importante ressaltar que os estudos pertencentes às oito áreas convergiram para a busca de entendimento e a investigação dos determinantes sociais e mecanismos subjacentes à saúde, doença e cura abarcando vários segmentos sociais em diferentes necessidades de atenção à saúde, tais como: crianças, idosos, grupos étnicos, presos políticos, pessoas com menor poder econômico ou discriminadas socialmente, pessoas com doenças crônicas ou necessitando de cuidados paliativos, pessoas com problemas de saúde mental. Discutiram, também, as mudanças necessárias nos serviços de saúde para melhorar o acesso pela população, o cuidado adequado a grupos populacionais com doenças específicas, a capacitação dos profissionais para lidar melhor com suas próprias questões emocionais e as da população atendida, os fatores econômicos e sua repercussão na qualidade do serviço prestado e na remuneração profissional ou no pagamento dos serviços de saúde pelo usuário, como também, a aplicação de novas tecnologias que favorecessem o acesso ao sistema de saúde. E, especialmente, a base sociológica desta pesquisa bibliográfica, trouxe um considerado número de artigos que refletiam sobre a importância do uso de diferentes formas de abordar o cuidado, que concebessem elementos culturais, religiosos, espirituais, artísticos, psicológicos e provenientes de medicinas não biomédicas.

Na Área 1 foram selecionados os textos em que os autores, na sua discussão sobre o cuidado, utilizaram com mais ênfase os referenciais da sociologia/sociologia da saúde. Os trabalhos neste grupo abordavam temas como: o emergente reconhecimento na sociologia da saúde do conhecimento leigo; uma leitura sociológica e antropológica das diversas possibilidades culturais implícitas nos relacionamentos afetivos, com mais ênfase nas questões reprodutivas; análise dos estudos sociológicos e biomédicos que utilizaram redes sociais<sup>b</sup> (*social networks*) para compreender os processos de saúde/doença; a crítica sociológica das implicações dos cuidados paliativos; análise da sociologia positiva sobre questões no âmbito do Serviço Nacional de Saúde inglês; o cuidado à saúde abordado pelo ponto de vista da criatividade; a crítica ao uso político do cuidado em saúde mental; a relação entre aplicação do cuidado e gestão do risco em saúde; os estudos sociológicos sobre a morte e o morrer ajudando no cuidado aos idosos; a elaboração de um novo constructo sociológico para ajudar os trabalhadores da saúde nas ações de cuidado; a análise das pressões sociais que interferem nas respostas dadas por usuários, a questionários de satisfação pós-tratamentos; proposta de melhorar a avaliação dos resultados consequentes à aplicação do cuidado; atenção

---

<sup>b</sup> Redes social aqui referida tem o sentido de ligações socioeconômicas e culturais entre as pessoas para dar suporte à vida social.

às necessidades especiais de cuidado para idosos, imigrantes, crianças, homens, portadores de doenças crônicas e usuários de drogas; a relação assimétrica entre médicos e pacientes; a influência das questões monetárias no acesso ao cuidado; a construção sociológica do que é cuidado e sua implicação na sociedade.

Os artigos da Área 2 analisaram as mudanças ou reformulação dos Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde (SNSS) necessárias para melhorar o acesso ao cuidado, neles discutiu-se: as estratégias das condições hospitalares e do sistema como um todo para o tratamento de determinada doença; as qualidades necessárias, no âmbito privado da saúde, para atender melhor aos clientes; a adoção da atenção psicológica no conjunto da aplicação do cuidado; a melhora da prestação de cuidados e de acesso aos serviços pela população pobre; a melhora do fluxo de atendimento influenciando no desempenho dos sistemas de saúde.

Por sua vez, os artigos da Área 3, referentes à reflexão sobre as práticas de cuidado dos profissionais da área da saúde apresentaram estudos abordando o interesse dos profissionais em melhorar sua prática clínica, com: a análise da inter-relação entre a falta de motivação profissional e a má qualidade no desempenho no trabalho; o reconhecimento das questões psicológicas decorrentes do contato com o sofrimento e a morte, tanto de pacientes, quanto de profissionais; as rivalidades profissionais prejudicando a adoção do modelo de cuidado centrado no paciente; favorecer a confiança e o vínculo entre profissional/paciente e respeitar aos valores culturais e espirituais de quem é atendido; análise da precariedade de acesso por moradores de rua ao Sistema de saúde; atenção às necessidades não atendidas físicas e psicológicas de pacientes com Esclerose Sistêmica.

A Área 4 trouxe textos que abordavam a discriminação, disparidades ou desigualdades ao acesso ao sistema de saúde por alguns segmentos populacionais, tais como: a população prisional; a população negra dos Estados Unidos da América e a implicação do racismo, preconceito e desconhecimento cultural em questões de acesso e de saúde mental. Discutiu, também, teoricamente, às razões que prejudicam o acesso aos sistemas de saúde.

Já a Área 5, ao qual fazem parte os estudos que mais se aproximavam da lógica biomédica de cuidado, discutiam: a necessidade de ofertar às mulheres mais informação sobre linfedema; a avaliação da qualidade do cuidado ofertado a adultos de baixa renda em diferentes tipos de locais; a discussão da importância de uma melhor relação entre médico/paciente para a adesão ao tratamento; a indicação de psicoterapia além do tratamento medicamentoso ou avaliar, o porquê do uso da fisioterapia como outro recurso de cuidado, se

esta não faz parte do indicado pelos protocolos estabelecidos pelos Ensaio Clínicos Controlados (ECC) para determinada doença. Cabe ressaltar, que a grande quantidade de textos indexados sobre o cuidado em saúde/*healthcare* é pertencente ao seu modelo hegemônico, a biomedicina que aborda o cuidado por um viés clássico clínico médico, baseado na produção de protocolos por ECC para a avaliação de custo/eficácia de determinado procedimento para o tratamento de uma doença. No entanto, a característica metodológica desta revisão sistemática da literatura, por utilizar como descritor o termo *sociologia/sociology*, fez com que apenas dois estudos com viés metodológico clínico médico fossem encontrados.

A Área 6 abordou o uso de tecnologias em casa para a atenção a saúde. Foi escolhido para análise um único artigo, dos 12 trabalhos direcionados para este grupo, este trabalho discute a necessidade de melhorar a coleta de informações sobre pessoas e comunidades que estão distantes do sistema de saúde e que não têm avaliadas corretamente suas necessidades ficando excluídas quando são tomadas decisões sobre a distribuição de recursos.

Enquanto que a Área 7, com dois artigos selecionados, discutiu por duas abordagens distintas, as questões econômicas implícitas na crescente demanda por cuidados de saúde. A primeira discutiu a falência do modelo de financiamento público e considera necessário a sociedade concordar com o racionamento dos cuidados de saúde, como forma de diminuir as despesas, em função do aumento dos custos de cuidado consequentes do envelhecimento da população e dos avanços tecnológicos da medicina. A segunda aborda a necessidade de criar um sistema de saúde financiado publicamente, aproveitando a rede de serviços já existente.

Por fim, a Área 8 discutiu o cuidado na perspectiva do uso das medicinas não biomédicas na atenção à saúde e traz trabalhos que analisam: as razões pelas quais as pessoas escolhem formas não biomédicas de atenção à saúde; as dificuldades de integrar o cuidado da biomedicina com o proveniente da medicina tradicional africana ou tailandesa; o uso de medicinas não biomédicas para o tratamento de determinada doença; a dupla identidade de médicos que trabalham conjuntamente com a biomedicina e as medicinas não biomédicas.

O segundo nível de mapeamento corresponde às cinco categorias temáticas observadas nos textos e que foram escolhidas por aprofundarem a discussão sobre o cuidado na interface entre os campos da sociologia e da saúde.

Os artigos relacionados a estas cinco categorias temáticas buscavam:

1. Compreender a existência de uma crise nos sistemas de saúde que afeta a legitimação do saber científico e gera questionamento dos limites do saber médico, como, também, se estende aos fatores econômicos causados pelo aumento dos custos para a aplicação do cuidado tencionando o gerenciamento dos serviços, limitando a liberação de recursos e piorando a qualidade dos serviços prestados (10 ocorrências).
2. Valorizar o desenvolvimento de um cuidado centrado no paciente em que haja uma relação horizontal e cordial entre médico e paciente na construção de um projeto terapêutico compartilhado (24 ocorrências).
3. Reconhecer a necessidade de contemplar nas ações de cuidado elementos subjetivos, tais como crenças, sentimentos e emoções, especialmente que emergem no contato com a dor, a doença e a morte tanto por usuários, como por profissionais do sistema de saúde (31 ocorrências).
4. Discutir a presença de disparidades e desigualdades sociais interferindo no acesso ao cuidado (nove ocorrências).
5. Sugerir a implementação de políticas e ações que promovam melhorias na aplicação do cuidado pelos sistemas de saúde (33 ocorrências).

O entrecruzamento entre as cinco categorias temáticas e as oito áreas focais (Tabela 3) favoreceu a visualização de quais temáticas foram mais abordadas pelos autores e em quais áreas focais. Houve incidência maior das temáticas: Cuidado centrado no paciente com 24 ocorrências, Contemplar a subjetividade, sentimentos e emoções nas ações de cuidado com 31 ocorrências e Melhorias na aplicação do cuidado pelos sistemas de saúde com 33 ocorrências. Dentre as áreas focais, às de número 1, 3, e 8 foram as que tiveram o maior número de ocorrências de categorias temáticas. Esses dados serviram para a formulação de temas de discussão.

### **Análise dos resultados da revisão sistemática**

Para servir como base para a discussão do material encontrado nesta revisão sistemática da literatura, em um primeiro momento, foi feito um levantamento paralelo na literatura que contribuísse para uma leitura geral sobre o cuidado em saúde. A partir deste

estudo foi elaborado o Capítulo 1 desta dissertação, intitulado “Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia”. Para sua confecção foram utilizados autores clássicos, que discutiram o desenvolvimento da clínica médica e os efeitos do seu referencial para a concepção das ações de cuidado na assistência à saúde, e autores contemporâneos, que trouxeram contribuições para a elaboração de novas leituras sobre o cuidado em geral e especificamente dentro da área da saúde. Foi compreendida a base conceitual com que as ações de cuidado são reconhecidas hegemonicamente pela clínica médica e a existência de uma multiplicidade de outras abordagens sobre o cuidado que visavam compreendê-lo e discutir sua aplicação.

Os textos seguintes, resultantes do processo metodológico da revisão sistemática, foram organizados de maneira que pudessem ressaltar a abrangência de áreas em que ocorre a discussão do tema cuidado, na interface sociologia/saúde. Para tanto, como está apresentado nos procedimentos metodológicos acima, foi utilizada como ferramenta de classificação a separação dos artigos em oito áreas focais e, com o intuito de aprofundar ainda mais a leitura do seu conteúdo, dividiu-se os assuntos mais abordados pelos autores, em cinco categorias temáticas. A partir do conteúdo selecionado nas oito áreas focais e cinco categorias temáticas elegeram-se três temas de discussão, que por fim resultaram nos Capítulos 2, 3, 4 desta revisão.

O Capítulo 2, referente ao primeiro tema de discussão, intitulado “Sociologia do cuidado: um campo em construção”, procurou dimensionar os sentidos implícitos ao cuidado pelo viés sociológico, para isto, analisou-se um grupo composto por 15 artigos pertencentes às oito áreas focais, especialmente os da Área focal 1, que em seu conteúdo ofereciam elementos com evidente base teórica sociológica e também os trabalhos pertencentes às categorias temáticas, descritas acima, *Disparidades sociais interferindo ao acesso ao cuidado* e *Crise nos sistemas de saúde*.

O Capítulo 3, referente ao segundo tema para discussão intitulado “Subjetividade e sociabilidade na aplicação do cuidado”, agregou duas das cinco categorias temáticas, descritas acima, que mais incidiram nos textos. A primeira, *Contemplar a subjetividade, sentimentos e emoções nas ações de cuidado*, valorizava a atenção a elementos subjetivos nas ações de cuidado, tais como: sentimentos, emoções, cultura, religiosidade, espiritualidade. A segunda, *Cuidado centrado no paciente*, propunha uma melhor relação entre profissionais e usuários, tornando-a menos verticalizada, com o reconhecimento do saber leigo e a

valorização das escolhas e necessidades dos pacientes na construção de seus processos terapêuticos. Para a elaboração deste capítulo foi utilizado um grupo composto por 37 artigos.

Já o Capítulo 4, referente ao terceiro tema de discussão, intitulado “Gestão do cuidado: propostas e aperfeiçoamento”, está relacionado à categoria temática *Melhorias na aplicação do cuidado pelos sistemas de saúde* e sugeriu a implementação de políticas e ações que promovessem melhorias na aplicação do cuidado do ponto de vista gerencial e para a coletividade e mostrou que as ações de cuidado não estão restritas apenas ao plano individual, mas sim à organização política em saúde. Para a elaboração deste capítulo foi utilizado um grupo composto por 35 artigos.

A partir da análise do material selecionado para esta revisão concluiu-se que os estudos com um viés sociológico sobre o cuidado abrangem as relações sociais em várias esferas de atenção e refletem sobre a sua aplicação, para além da que lhe é característica na esfera da saúde, além de contribuir para a elaboração de novas perspectivas de compreendê-lo incluindo a sua dimensão emancipadora, embora ainda não haja a formalização de uma sociologia do cuidado.

## **Capítulo 1:**

### **OS CUIDADOS EM SAÚDE: ONTOLOGIA, HERMENÊUTICA E TELEOLOGIA**

#### **Título:**

#### **OS CUIDADOS EM SAÚDE: ONTOLOGIA, HERMENÊUTICA E TELEOLOGIA**

#### **THE CARE IN THE HEALTH FIELD: ONTOLOGY, HERMENEUTICS AND TELEOLOGY**

#### **Título resumido:**

#### **O CUIDADO EM SAÚDE THE CARE IN THE HEALTH FIELD**

### **RESUMO**

O cuidado em saúde cresce como área de pesquisa e tem sido abordado por novos referenciais. Embora seja um dos atributos necessários à sobrevivência humana, não lhe foram direcionadas análises suficientes para a constituição de uma sociologia dos cuidados. O objetivo deste ensaio é mapear a produção de conhecimento sobre os cuidados, com o fim de desenvolver uma reflexão teórica sobre o tema. Observou-se na literatura uma ontologia do cuidado biomédico, uma hermenêutica das diferentes abordagens do cuidado e o desafio teleológico do cuidado na contemporaneidade. Conclui-se que os cuidados de base técnico-científica pouco atendem as reais demandas das pessoas apontando a necessidade de uma abordagem “sócio+lógica” emancipadora dos cuidados.

**Palavras-Chave:** Cuidados em Saúde, Sociologia, Biomedicina.

## ABSTRACT

The health care grows as a research field and has been approached by new references. Although it is one of the attributes necessary to human survival, it was not targeted enough analysis to build a sociology of care. The purpose of this essay is to map the production of knowledge about care, in order to develop a theoretical reflection on the subject. It was observed in the literature an ontology of biomedical care, a hermeneutics of different approaches to care and teleological challenge of the care in the contemporaneity. It is concluded that the technical-scientific basis of care gives few answers to the real demands of the people, demonstrating the need for an approach "social + logic" emancipatory care.

**Keywords:** Delivery of Health Care, Sociology, Biomedicine.

## Introdução

A palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina *cogitatus* que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa ganha o significado de atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encargo incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação<sup>1</sup>. Os significados a ela atribuídos falam da sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda. No entanto, há muitas décadas, a noção de cuidado ganhou maior identificação com as ações profissionais na atenção à saúde.

Neste sentido, embora o cuidado seja um dos atributos necessários à sobrevivência da espécie humana<sup>2</sup>, sendo considerado uma expressão de apoio social intenso, não lhe foram direcionadas análises suficientes para a constituição de uma sociologia dos cuidados<sup>3</sup>. Isto ocorreu por ter sido concebido como uma responsabilidade familiar, considerado como certo que as tarefas de rotina pertenciam às mulheres, num comportamento singular implicitamente atribuído ao gênero. Como resultado, os cuidados e a sua importância para a vida social foram ignorados pelas ciências humanas e reduzidos pelas ciências naturais<sup>3</sup>.

As ações especializadas de cuidado empreendidas no campo da saúde têm sido mais atentamente discutidas e crescem como área de pesquisa. Com mais ênfase àquelas pertencentes ao modelo hegemônico, referenciadas na biomedicina, em que o ato de cuidar passa a ter o sentido de diagnosticar, tratar e prevenir a doença e tem como base o

conhecimento desenvolvido no campo técnico-científico<sup>4,5</sup>. Em função disto, cresce uma reflexão crítica de sua trajetória no âmbito da clínica médica, especialmente no que tange à priorização do tratamento à doença, em detrimento a uma maior compreensão e atenção à totalidade das necessidades e capacidades do sujeito atendido.

Este ensaio apresenta a discussão sobre os cuidados, tanto a partir da literatura clássica sobre o cuidado em saúde, como também da contemporânea, em que se avalia, dentre outras questões, o quanto as ações de cuidado da clínica médica ganharam o *status* de intervenção verticalizada e protocolada de um especialista detentor do conhecimento, em detrimento do cuidado como conhecimento tácito da espécie humana<sup>2</sup>.

### **A ontologia do cuidado biomédico**

Não é possível descartar a ampliação na compreensão, observação e intervenção sobre as causas do adoecimento produzidas pela racionalidade médica científica<sup>6</sup>, com a objetivação do seu saber clínico e o desenvolvimento tecnológico. Entretanto, a ação do cuidado da biomedicina efetivou-se independente da subjetividade<sup>7</sup> inerente em cada indivíduo no processo do seu adoecer. Mais explicitamente houve, no desenvolvimento da clínica médica, um gradual descarte de qualquer elemento subjetivo implícito ao sofrimento, presente no discurso e produtor de significados para o sujeito adoecido. Em consequência desta abordagem clínica, foi desconsiderado o que não era observável pelo uso metodológico da avaliação diagnóstica ou invalidado para a aplicação técnica do cuidado à saúde. A subjetividade é vista aqui como um tema tanto da psicologia quanto das ciências sociais e, com isso, é mais do que um sistema determinista intrapsíquico, está dimensionado como produção psíquica inseparável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana<sup>7</sup>.

Ao determinar a doença como fato patológico e distanciá-la da esfera existencial do sujeito adoecido, a medicina científica no seu processo histórico retirou do adoecer seu conteúdo, sua substância, reconhecendo-a apenas em sua exterioridade e privando o sofrimento da sua dimensão produtora de sentidos e autoconhecimento ao seu portador<sup>5,8,9,10</sup>. O que seria nas palavras de Gonzales Rey<sup>7</sup>: “negar a subjetividade”, ou ainda, “desconsiderar a força da produção humana mais genuína e nos submeter ao domínio do instrumental” (p. 20).

Desta maneira, a clínica passou a ser o local da aplicação técnica de um cuidado voltado diretamente ao que foi protocolado como doença, por ser desvio da norma, quebra de um equilíbrio esperado<sup>8</sup>. O ser humano visto como máquina desregulada<sup>5</sup> precisa ser retificado e orientado na direção da saúde, um estado hipotético de bem estar a ser alcançado pela intervenção externa de um profissional qualificado.

Para Barros<sup>11</sup>, a partir da adoção do método morfofisiológico na clínica biomédica, o olhar médico foi reorganizado. “O olhar de qualquer ‘prático’ da medicina é substituído pelo olhar do médico ‘doutor’, apoiado e justificado por uma instituição, que lhe garante o poder de decisão, intervenção, investigação e ensino (o Hospital)” (p. 64). De um olhar inicial classificador dos processos de adoecimento passou para um olhar calculador, que não se contenta apenas em constatar o que é evidente, mas estende sua capacidade especulativa para o cálculo dos riscos.

Autores como Foucault<sup>9</sup>, Canguilhem<sup>8</sup>, Illich<sup>12</sup> e Boltanski<sup>13</sup> analisaram o desenvolvimento histórico do pensamento científico voltado para a construção racional do saber médico, que de várias maneiras teve efeito na produção de um modelo técnico-centrado de atenção à saúde, que persiste na contemporaneidade.

Em “O Nascimento da Clínica”, Michel Foucault<sup>9</sup> descreveu o desenvolvimento da medicina moderna a partir do século XVIII, de forma a dar visibilidade para a formatação do modelo de cuidado da ciência clínica, por meio de uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas, sobretudo, do desenrolar de um novo discurso emanado de uma nova experiência com a doença.

Já no século XIX, ainda segundo Foucault<sup>9</sup>, a medicina científica ampliou seu conhecimento anatomopatológico e adotou novos elementos ao modelo de compreensão da doença, incluindo a química e a fisiologia. Nesta medicina a clínica não mais se configurava em estar ao lado do doente, noite e dia, tomando notas dos seus sintomas, pois anatomistas com liberdade de realizar múltiplas sessões de investigação anatômica transformaram-na. Em consequência foi preciso reorganizar o campo hospitalar e criar uma nova definição do estatuto do doente na sociedade, instituindo um domínio médico do conhecimento singular do indivíduo doente.

Por sua vez, ao analisar o desenvolvimento da clínica, Canguilhem<sup>8</sup> concebe, em primeiro lugar, a existência de alguém doente e seu pedido de ajuda. Com isto, o conhecimento terapêutico apresenta-se a partir da necessidade de cuidar de alguém, o seu

desenvolvimento é feito por pessoas em busca da aptidão para lidar com aquilo que a vida lhes oferece, a experiência de sofrimento se encontra no centro da terapêutica. Posteriormente, com o desenvolvimento da medicina científica, de base fisiopatológica e anatomopatológica, a clínica ocupa o lugar do cuidado e passa a ser exercida pela atuação do médico no processo terapêutico.

Foucault<sup>9</sup> e Canguilhem<sup>8</sup> ressaltam que a doença foi objetivada pela disfunção com o desenvolvimento da clínica médica e passou a ser o alvo e o sentido da ação terapêutica. Já o doente foi relegado à posição de portador da doença e sua queixa servia (serve) apenas como mais um elemento, de menor valor, no conjunto da análise diagnóstica. As ações de cuidado passaram a ser orientadas pela busca do fator patológico, para um tipo de atenção pautada na ideia de que a cura poderia ser alcançada a partir do restabelecimento daquilo que foi estipulado como normal, em detrimento do processo criativo e existencial implícito na queixa trazida pela pessoa adoecida.

No entanto, para Canguilhem<sup>8</sup>, a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, uma desordem, caracterizando-se como o surgimento de uma nova ordem vital, outro tipo de norma surgida a partir da história de cada indivíduo, num processo de reestruturação do mundo vivido. O doente não é anormal por ausência de normas, mas sim, pela incapacidade de ser normativo, por perder a possibilidade de instituir normas diferentes em condições adversas. Estar sadio não é o oposto de estar doente, porém se configura em estar apto para criar novos modos de viver, novas normatividades, estar em produção, fazer escolhas, restabelecer o equilíbrio que lhe seja possível.

Uma contundente crítica à medicina contemporânea foi feita por Ivan Illich<sup>12</sup> com o desenvolvimento de seu conceito de iatrogênese estrutural. O autor denunciou a colonização exercida pela ação ideológica e política da medicina científica, sua influência na medicalização da sociedade e seu poder de limitar a autonomia dos indivíduos e das culturas tradicionais, de gerar saúde, de lidar com a dor, com a enfermidade, com a morte e, especialmente, com a doença. Outro aspecto importante abordado por Illich<sup>12</sup> está na influência da linguagem especializada usada pelo médico para a manutenção de seus privilégios e assegurar a profissionalização da medicina. A dominação implícita na construção de uma linguagem especializada, a qual o paciente não tem acesso aos seus códigos, dá ao médico o poder de falar só aquilo que julgar necessário para obter a cooperação do doente à

sua manipulação. Pelo monopólio da linguagem os médicos mantêm o monopólio dos cuidados e não favorecem a possibilidade de diminuição dos custos no campo da saúde.

A implicação do uso de uma linguagem especializada, também foi abordada por Boltanski<sup>13</sup>. O autor evidenciou que, algumas vezes, a falta de entendimento da linguagem técnica e a conduta médica de passar informações parceladas distanciam a pessoa atendida da criação de um imaginário próprio favorecedor de uma relação reflexiva com o seu corpo e a sua doença. Isto resulta na construção pelo paciente de uma representação do discurso sobre a doença que o médico transmitiu, em detrimento de seu próprio conteúdo cultural. Esta adaptação de saber, maior entre as pessoas das classes social de baixa renda e escolaridade, dificulta a comunicação entre médico e doente e condena a uma reconstrução parcelada e com palavras mal entendidas àquilo que foi dito. Já as pessoas com maiores recursos econômicos e socioculturais sentem um menor distanciamento entre o que é dito sobre a doença, a interpretação de seu significado e tendem a comunicar-se melhor com o médico e obterem dele uma explicação mais pormenorizada do seu adoecimento<sup>13</sup>.

Entretanto, independente da condição social da pessoa que procura o atendimento médico e sua capacidade de compreensão dos termos técnicos referentes à doença/tratamento, ainda subjaz a importante questão de o adoecimento significar e impactar mais a vida dos sujeitos, do que as suas implicações biomecânicas possam demonstrar. Os aspectos subjetivos implícitos ao adoecer, estando ou não presentes na sintomatologia, nem sempre foram objeto de atenção da medicina científica. Uma mudança, neste sentido, ocorreu ao final do século XIX e início do século XX, pois a clínica médica se deparou com uma incógnita de difícil resolução relacionada à impossibilidade de lidar com adoecimentos com causas fugidias à análise diagnóstica.

O discurso médico positivista encontrou seu limite na desrazão e empreendeu uma nova ação investigatória para determinar as causas de sintomas que se manifestavam no somático, mas não se originavam nele. Freud em seus estudos sobre histeria reconheceu as alterações fisiológicas segundo relações de excitabilidade entre partes do sistema nervoso e descreveu que sintomas como convulsões, contraturas, paralisias e perturbações da sensibilidade, sempre apareciam conjuntamente com alterações psíquicas<sup>14</sup>. A psicanálise e outras linhas de atenção psicológica tiveram o mérito de ampliar a compreensão do sofrer humano, uma vez que no processo histórico de sua fundamentação teórica afastaram-se do modelo positivista mecanicista biomédico ao desenvolver uma interpretação dinâmica da

doença e consideraram influências sociais na sua etiologia<sup>15</sup>. No entanto, é preciso ressaltar que as abordagens do campo “psi” nasceram no seio da medicina científica e suas ações de cuidado, como parte do campo da saúde, receberam influências do modelo biomédico. O seu modo de atenção, com poucas exceções, como é o caso da Psicologia Social<sup>16</sup> e da Reabilitação Psicossocial<sup>4</sup>, está fortemente caracterizado por uma atuação clínica individualizada, pautada no binômio saúde-doença e orientada a buscar o diagnóstico e tratamento da doença mental, muitas vezes distante de ações que contemplem o universo social e cultural do sujeito<sup>16</sup>.

### **Hermenêutica dos cuidados contemporâneos**

Estudos recentes sobre o cuidado na atenção à saúde têm apresentado uma produção de conhecimento abrangente, complexa e diversa sobre o tema. As abordagens discutidas neste ensaio foram denominadas de forma a contemplar o mais possível as reflexões desenvolvidas, quais sejam: abordagem *pragmática do cuidado*<sup>5,6,10,17,18,19,20,21,22,23</sup>, abordagem *renovadora do cuidado*<sup>4</sup>; abordagem *gerencial do cuidado*<sup>24,25</sup>; abordagem *filosófica do cuidado*<sup>21,26</sup>; abordagem *emancipadora do cuidado*<sup>2,27,28,29,30,31,32</sup>; abordagem *política do cuidado*<sup>33</sup>; abordagem *sociológica do cuidado*<sup>34,35</sup> e abordagem *cultural do cuidado*<sup>36,37</sup>.

A proposição chamada de *pragmática do cuidado* está relacionada ao modelo biomédico de assistência, pautado na lógica da racionalidade médica científica contemporânea<sup>6, 28</sup>. O seu tipo de atenção à saúde é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e tecnológicos voltados ao tratamento da doença como único e principal objeto de atenção; uma concentração de saber e poder no médico e no hospital; criação e validação de protocolos que aperfeiçoem procedimentos para maior segurança, eficácia, rapidez e baixo custo; instituição de diretrizes embasadas no método clínico empírico-classificatório e raciocínio fisio e anátomo patológico; produção de ações de cuidado destituídas de um olhar singularizado ao sujeito assistido, com baixa qualidade na relação profissional e paciente<sup>4,5,6,10,17,19</sup>.

As ações pragmáticas tendem a ser orientadas para um maior intervencionismo em geral, um tratamento padronizado voltado para as doenças segundo a avaliação dos seus riscos e com menor preocupação com as singularidades. Como se a biomedicina, cada vez mais, identificasse os pacientes homogêneos entre si<sup>5,10,19</sup>. Para Camargo Jr<sup>5</sup> há uma gradual

desvalorização da biomedicina como forma de cuidado, em função dela trazer uma propensão iatrogênica, apesar ou por causa de sua pujança técnica, sendo que a sua perspectiva clínica tem sido questionada pela pouca eficiência na resolução de vários problemas de saúde. Em grande parte porque está pautada no tratamento da doença, a partir da produção de evidências científicas que visam aferir a eficácia dos procedimentos e o seu custo, para assim, poder generalizá-los, ignorando que, para além da lógica fisiopatológica, o adoecimento está na dimensão da vida dos sujeitos atendidos.

Outra crítica que vem sendo feita a esta abordagem pragmática está relacionada à produção de processos de medicalização<sup>18</sup> e sofrimento sociais<sup>22</sup>. A medicalização transforma a capacidade autônoma da população, para enfrentar grande parte dos adoecimentos e dores cotidianas, ao criar um consumo abusivo dos serviços de saúde, produzindo dependência e alienação<sup>18</sup>. Além disso, transforma questões advindas da desigualdade social em compreensões individualizadas e medicalizadas<sup>22</sup>.

Luz<sup>17</sup> argumenta que é pela generalização e experimentação que o método científico produz conhecimento, o que se reflete no modelo de cuidado praticado nos diferentes tipos de serviços médicos. Para a autora, especialmente no período entre o final do século XX e primeiras décadas do XXI, as ações dos cuidadores estão cada vez mais próximas do cientista que estuda a doença, em detrimento da prática do terapeuta que trata o sujeito doente. O que resulta na priorização de estudos baseados em experimentação laboratorial de natureza analítica, para determinar a evolução da patologia, sua etiologia e a forma de combate. Desta maneira, desenvolve-se um modelo de cuidado prescritivo, advindo de um conhecimento obtido sem nenhuma relação com o paciente.

Como *abordagens renovadoras* ao modelo de cuidado pragmático identificam-se ações que contemplam de forma mais ampla as necessidades dos sujeitos atendidos, como a Clínica Ampliada e Compartilhada, que faz uma proposta contra hegemônica ao modelo de assistência à saúde da clínica biomédica. Seu diferencial está em ampliar o objeto de saber e de intervenção clínica incluindo, também, o sujeito e seu contexto. O intuito é o de deslocar a ênfase de atenção da doença, na direção do sujeito concreto portador de um adoecimento. A racionalidade implícita neste modelo de clínica é a de cuidar daquilo que é imprevisível e singular em cada sujeito ou coletividade<sup>4</sup>. Para tanto, a Clínica Ampliada e Compartilhada propõe não ficar apenas com o que o corpo pode mostrar pelo olhar empírico, mas sim possibilitar encontros mais férteis com o sujeito atendido ao permitir que outros temas, não

apenas a doença, possam estar presentes. Convida-o a construir conjuntamente as decisões de seu próprio cuidado, sem evitar qualquer desafio, seja este emocional, social, cultural ou econômico. Renova, também, ao considerar a participação de um número maior de atores nas ações de cuidado, incluindo a multiprofissionalidade das equipes para a elaboração dos projetos terapêuticos singulares<sup>4</sup>.

A *abordagem gerencial do cuidado* também se propõe à abertura para a participação de vários profissionais no compartilhamento de responsabilidades<sup>24</sup> e, ao mesmo tempo em que compreende a importância para a clínica de uma boa relação entre cuidador e paciente, concebe haver dificuldades para isto acontecer com espontaneidade e generosidade, frente à dureza das organizações formais e sua racionalidade instrumental característica, conflitos de interesse, hierarquias de autoridade e recursos escassos. A gestão do cuidado em saúde é definida por Cecílio<sup>24</sup> como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos da vida, visando ao bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

Pela *abordagem filosófica* do cuidado, Ayres<sup>26</sup> discute a importância de refletir sobre o cuidado em saúde para compreender as bases teóricas e epistemológicas de algumas tendências emergentes atuais, que surgem como novos discursos no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como: a promoção de saúde, a vigilância à saúde, a saúde da família, a redução de vulnerabilidades, entre outros. Para o autor, a consolidação destas propostas e seu conseqüente desenvolvimento dependeriam de transformações radicais no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos. Nesse sentido, defende a visita a aspectos filosóficos na tentativa de corresponder a transformações práticas mais expressivas, para além dos avanços conceituais alcançados, e, assim, contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de cuidado.

O sentido de cuidado já consagrado pelo seu uso, segundo o Ayres<sup>26</sup>, normalmente refere-se a um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento. Mas não é no sentido do conjunto de medidas terapêuticas ou procedimentos auxiliares de cuidado que o autor se propõe a refletir, sobretudo por considerá-lo como um constructo, que abrange tanto uma compreensão filosófica, como uma atitude prática frente ao sentido adquirido pelas ações de saúde nas diversas situações em que se dá um processo terapêutico. Além disso, aborda o cuidado usando duas correntes distintas de

pensamento como referencial teórico: a ontologia existencial de Heidegger e o pensamento foucaultiano, baseada nos estudos da genealogia do “cuidado de si”, que teve seu maior desenvolvimento entre o século I a.C. e o século II d.C.

Em relação à abordagem *emancipadora do cuidado*, Barros<sup>2</sup> faz uma leitura sociológica e aborda os cuidados e seus desdobramentos sociais em três planos representados: na expressão como conhecimento tácito; no desenvolvimento de ações focais institucionalizadas representadas pela clínica biomédica; e no cuidado emancipador com elementos dos dois primeiros planos.

O cuidado como conhecimento tácito<sup>38</sup> é resultante de um processo de socialização, que passa a ser descrito como atributo da espécie, uma prática pessoal coletivamente construída, fruto de longa experiência, convivência e transmissão complexa, pois necessita de interações prolongadas em uma cultura ou tradição e está na esfera das ações informais. Já ao ser associado à clínica biomédica e a um conhecimento focal e técnico, o cuidado ganha um contorno reificador – no sentido de coisificar, ao encarar algo abstrato como uma coisa material ou concreta –, relacionado aos símbolos, valores, práticas e regras da ciência ocidental moderna, cujo método predominantemente preconiza a objetivação e consequente objetificação ou desumanização. Como expressão de conhecimento autonomizante o cuidado emancipador produz-se como terceiro elemento, a partir dos conhecimentos tácitos (socializador) e técnicos (reificador), para construir simultaneamente atenção, liberdade de escolha e tomada de decisão, em relação às regras legítimas resultantes da interação social e legais instituídas e protocoladas<sup>2</sup>.

Neste sentido, o cuidado emancipador pode ser associado ao modo de produção de conhecimento implícito nas Práticas Integrativas Complementares – PIC<sup>27</sup>, em sua dimensão de Racionalidades Médicas<sup>6,28</sup> voltadas aos cuidados à saúde que fogem ao padrão instituído pela biomedicina. O termo PIC foi escolhido aqui por estar de acordo com a nomenclatura oficialmente utilizada pelo Ministério da Saúde<sup>27</sup>. Outras terminologias na literatura nacional e internacional para se referir a estas práticas são: medicina alternativa, *Complementary and Alternative Medicine* (CAM), medicinas não biomédicas, entre outros<sup>11</sup>.

Considera-se que as PIC são emancipatórias, no conjunto de suas ações, por desenvolver características como: conceber holisticamente o adoecimento e as necessidades individuais de cuidado; direcionar o cuidado à saúde e não à doença; diminuir a distância entre profissional e paciente; não estar limitada a crescente intensificação do uso de

tecnologia para obtenção de diagnóstico; satisfazer simbólica e tecnicamente a experiência vivida com o sofrimento pelo sujeito; integrar o bem estar físico, mental, social e espiritual na sua concepção de saúde; estimular o autocuidado ajudando os pacientes a desenvolverem atitudes, disposições, crenças, hábitos e práticas que promovam seu bem estar; e privilegiar técnicas naturais com base na utilização de ervas, alimentação natural, exercícios de relaxamento e autoconhecimento<sup>11,20</sup>.

No entanto, em decorrência do crescimento do uso de práticas não ortodoxas como práticas complementares de cuidados à saúde e na busca constante de legitimação perante a comunidade científica, as PIC passaram a ser estudadas com metodologia científica convencional em busca de validade e eficiência de sua aplicação ao tratamento de doenças. Tais estudos empregaram como referencial predominante o diagnóstico nosológico biomédico e uma aplicação mecanicista de tratamento<sup>31</sup>, que subverteu a sua proposta inicial de modelo de cuidado “alternativo” ao biomédico, que adotava uma visão de mundo e de sujeito e, conseqüentemente, de avaliação e atenção ao adoecimento, mais abrangente do que o padrão biomecânico alopático<sup>32</sup>.

A abordagem *política do cuidado*<sup>33</sup> ao mesmo tempo em que o insere numa prática, desenvolve seu potencial de ser o veículo de promoção de uma cultura de cuidar de si, presente na obtenção e na manutenção da saúde de um indivíduo consciente de suas necessidades e que, principalmente, busca realizá-las tanto na esfera individual quanto coletiva.

Nesta dimensão, Pires<sup>33</sup> entende a politicidade do cuidado “como manejo reconstrutivo da relação dialética entre ajuda e poder para a construção de autonomia dos sujeitos, sejam estes gestores, técnicos, profissionais de saúde, família, comunidade, enfim, cidadãos” (p. 1.026). A autora defende que é pela politicidade que o cuidado pode se tornar emancipatório e redimensionar-se como ética da humanidade, para que, assim, as pessoas possam ser capazes de reelaborar a tutela e exigir cidadania. Busca-se um cuidado que se reconstrua para melhor atender as necessidades das pessoas e que possa gerir politicamente relações de ajuda-poder, desta forma propondo mudanças ao modelo assistencial em saúde.

Já Bila Sorj<sup>34</sup> almeja uma reestruturação das políticas sociais em relação ao cuidado e, para isso, acredita ser necessária “a construção de um Estado solidário, que por meio de políticas públicas de qualidade coloque o cuidado no centro da sua definição de bem-estar social” (p. 127). A autora, a partir de uma *abordagem sociológica* do cuidado, discute a

articulação entre trabalho e cuidado e compreende os seus efeitos sobre as desigualdades de gênero e de classe social, em que a profissionalização do cuidado denota um processo de ressignificação do seu sentido, não mais entendido como decorrência de um processo cultural, como o amor materno naturalizado, mas de um trabalho de reprodução social.

As mudanças no cenário privado familiar ou comunitário são temas de interesse da sociologia, como a profissionalização de quem dá atenção às crianças, idosos e pessoas com algum tipo de deficiência, e, também, quais são os profissionais que, na assistência, exercem as ações de cuidado. No entanto, mesmo que as ações de cuidado sejam exercidas por diferentes atores sociais e o processo de profissionalização de cuidadores esteja influenciando a criação de políticas públicas, destaca-se a marcada presença feminina no “campo dos cuidados” e a desvalorização econômica e simbólica deste trabalho<sup>34,35</sup>.

A abordagem *cultural do cuidado* desenvolvida por Prochnow, Leite e Erdmann<sup>36</sup> reflete sobre as aproximações que possibilitam questionar a prática social do enfermeiro na gerência do cuidado. As autoras definem cultura “como as teias de significados que o homem teceu e nas quais ele enxerga seu mundo, sempre procurando seu significado” (p. 586). Assim, é importante para o enfermeiro, na construção de sua prática social, ater-se à diversidade cultural como recurso inovador na ampliação de sua visão da integridade humana valorizando as divergências, o respeito e o compartilhamento. No entanto, Sá<sup>37</sup> observa a necessidade de compreender e conceber algumas questões psicossociológicas implícitas nas relações intersubjetivas presentes na prática dos profissionais da área da saúde e que interferem diretamente na construção da humanização e do cuidado em saúde. Para isto, traz à tona o questionamento que os obstáculos e limitações para a solidariedade e a produção do cuidado em saúde de qualidade não estão apenas relacionados à precariedade dos serviços em oferecer condições materiais, tecnológicas e de pessoal ou somente nas características dos modelos dominantes, biomédico e gerencial funcionalista, mas sim, aos padrões de sociabilidade e de subjetivação presentes na sociedade contemporânea.

Mesmo compreendendo a importância da capacitação dos profissionais e a criação ou a ampliação de mecanismos de comunicação, a autora não os considera suficientes, por entender que a “disposição para o acolhimento, para a escuta e para o estabelecimento de vínculos não se constitui em capacidade absoluta e apriorística do ser humano ou algo que possa ser controlado exclusivamente por um trabalho consciente e voluntário e/ou por mecanismos gerenciais”<sup>37</sup> (p. 653). Por isso, a autora defende que, para superar os desafios

impostos pela complexidade das questões relacionadas à “humanização” das práticas de saúde, é preciso continuar a problematizar a natureza sociológica da impossibilidade de uma comunicação simétrica e transparente entre sujeitos, assim como “problematizar a ‘natureza psicanalítica’” (p. 654) desta impossibilidade, na ambivalência que os sujeitos apresentam em sua relação com o outro.

Outra dificuldade levantada por Sá<sup>37</sup> refere-se à compreensão de que temas como cooperação, humanização e cuidado encontram dificuldade de se desenvolver na cultura contemporânea, como parâmetro de relação intersubjetiva. Em outras palavras, a pressuposição da existência de um sujeito incompleto e precário que possa reconhecer que não é autossuficiente é invisibilizada na medida em que justamente a autossuficiência é o modelo de subjetivação contemporânea predominante. Assim, compreendem-se os fatores que dificultam a fraternidade e a solidariedade no cuidado, bem como a inviabilidade da união de quem cuida a quem é cuidado na construção de um projeto de vida coletivo, em que o profissional no exercício da atenção à saúde assume uma posição igualitária àquele que recebe o cuidado.

### **A Teleologia dos cuidados**

O desafio civilizatório contemporâneo associado à teleologia dos cuidados é de redimensioná-los para que sejam encontradas formas de sociabilidade diferentes das tradicionais, estruturadas entre estabelecidos e excluídos<sup>39</sup>, ou seja, profissionais e pacientes, nas quais se reproduzem autoritarismos, violências e excessivas intervenções e prescrições. Em outras palavras, o que se busca com a reorientação dos cuidados é a emancipação, também, por meio do rompimento com as relações unilaterais construídas e em posições institucionais<sup>19</sup>, impressas nos profissionais de saúde pela sustentação do Estado<sup>40</sup>, que ainda lhes qualifica como superiores aos pacientes por eles assistidos.

Identificamos que não existe apenas uma forma de cuidado e que ele não é exclusivo do campo da saúde, pois abrange relações sociais e culturais em suas efetivações. É preciso, então, colocar o cuidado em saúde apenas como parte das ações necessárias para atenção às demandas dos sujeitos, de forma que sejam tiradas da invisibilidade as necessidades interpessoais que o cuidado de senso comum alcança e a clínica biomédica quer nos fazer crer que não existem. Nessa reorientação dos cuidados o imaginário sobre o cuidar,

a solidariedade em torno dos cuidados e a disponibilidade para estar com o outro, tornam-se igualmente constitutivos das ações de manutenção da vida.

Claramente a teleologia contemporânea dos cuidados é diferente das anteriores, uma vez que avança em relação às empirias pré-históricas associadas aos instintos, às experiências culturais da antiguidade, às imposições religiosas do cristianismo, às leis gerais da morfofisiologia da clínica moderna e aos protocolos do modelo biomédico. Enquanto cada um desses modelos, à sua maneira, e todos em conjunto, orientaram os cuidados para manter a vida, na atualidade é preciso, além de garantir a existência, também orientar os cuidados para configurações<sup>39</sup> emancipatórias de indivíduos e coletividades.

A hipervisibilidade<sup>41</sup> do processo de construção social dos cuidados contemporâneos pode, portanto, trazer à visibilidade as implicações da sua forte relação com o gênero feminino, sua associação com as condições socioeconômicas e os seus determinantes relativos ao acesso e qualidade. Deixando ver, também, que uma perspectiva “sócio-lógica” do cuidado implica em reconhecer que ele não apenas é atávico à condição da vida social humana, mas que é também constitutivo de inúmeras formas de afetos e afecções nos grupos sociais.

Por fim, não há garantias de que uma sociologia dos cuidados, que dimensione a ontologia dos modelos e ações de cuidado, que explicita os múltiplos sentidos de uma hermenêutica dos cuidados e reorienta sua teleologia prática e simbólica, consiga construir um projeto emancipador. No entanto, pode, com segurança, performar projetos que levam à emancipação dos sujeitos interagentes com o desenvolvimento de uma consciência de valor pessoal, tanto na dimensão política, como na existencial. Assim como pode construir caminhos que extrapolam a consciência social de ser detentor do direito ao cuidado, para a consciência de ser e estar no mundo como portador de seu próprio cuidado.

## Referências

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
2. Barros NF. As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado emancipador. <https://cursos.atencaobasica.org.br/conteudo/8900>. (Acessado em: 08/maio/2015).

3. Fine M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*. 2005; 41(3): 247-66.
4. Campos GWS, Bedrikow R. História da Clínica e Atenção Básica – o desafio da ampliação. 1. Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Camargo Jr KR. A biomedicina. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005; 15 (Suplemento): 177-201.
6. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
7. González Rey F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psic. da Ed.*. 2007; 24: 155-179.
8. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
9. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
10. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2007; 17(3): 465-84.
11. Barros NF. A construção da medicina integrativa. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
12. Illich I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
13. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
14. Bocca FV. Histeria: primeiras formulações teóricas de Freud. *Psicologia USP*. São Paulo. 2011; 22(4): 879-906.
15. Schultz DP, Schultz SE. História da Psicologia Moderna. 10 ed. São Paulo: Editora Cultrix; 2014.
16. Farr RM. As raízes da Psicologia social Moderna. 11 ed. Petrópoles: Editora Vozes; 2013.
17. Luz MT. As Instituições Médicas no Brasil. 2 ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
18. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface*. Botucatu. 2006; 10(19): 61-76.

19. Tesser CD. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface Comunicação Saúde Educação*. Botucatu. 2009; 15(31): 273-86.
20. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 914-20.
21. Ayres JRJM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004 set-dez; 13(3): 16-29.
22. Malfitano APS, Adorno RCF, Lopes RE. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. *Interface*. Botucatu. 2011; 15(38): 701-714.
23. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude soc*. 2015, 24(1): 165-179.
24. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface*. Botucatu. 2009; 13(1): 545-55.
25. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*. Botucatu. [online]. 2011; 15(37): 589-599.
26. Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*. 2003 set -2004 fev; 8(14) 73-92.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 4 mai.
28. Luz, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1993.
29. Barros NF. *Medicina complementar uma reflexão sobre o outro lado da prática*. São Paulo: Annablume: FAPESP; 2000.
30. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra; 2001.

31. Souza EFAA, Luz, MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. 2011; 18(1): 155-74.
32. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, Nascimento, JL, Oliveira, SL & Peres, SMP. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(10): 3263-3273.
33. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde : conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Ciência e saúde coletiva. 2005; 10(4): 1025-45.
34. Sorj B. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. Tempo soc. 2014; 26(1): 123-28.
35. Guimarães NA, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. Sociologia e antropologia. 2011; 1(1): 151-80.
36. Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado visualizando a prática social do enfermeiro. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2005; 13(4): 583-90.
37. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico e a “humanização” das práticas do cuidado. Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2009; 13(supl.1): 651-64.
38. Polany M. The tacit dimension. London: Routledge and Kegan Paul; 1966.
39. Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zhar; 2000.
40. Freidson, E. A emergência da medicina como uma profissão de consulta. In: Profissão médica – um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Ed. Unesp/ Porto Alegre: Sindicato dos Médicos; 2009.
41. Jardim DF, López LC, (Org). Políticas da diversidade: (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2013.

## Capítulo 2

### **Sociologia do cuidado: um campo em construção**

#### **Resumo**

Ainda que o cuidado possa ser considerado uma expressão de apoio social intenso, um atributo fundamental para a manutenção da vida, e, conjuntamente com a solidariedade social, em vista da vulnerabilidade do corpo, ser a base para o desenvolvimento de outros componentes essenciais da vida social, não lhe foram direcionados estudos sociológicos expressivos que pudessem ampliar a compreensão deste seu significado. O objetivo deste texto é analisar o campo da sociologia do cuidado, a partir da revisão sistemática da literatura indexada. Foram realizadas buscas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST), Jstor e Sage. Do total de 262 artigos identificados foram selecionados 15 diretamente associados ao tema da sociologia do cuidado, no período entre 2003 e 2013. Observou-se que o cuidado não está diretamente relacionado à sua aplicação técnica/tecnológica no campo da saúde e que se refere a uma instância anterior relacionada à qualidade da interação entre sujeitos na ajuda mútua para a sustentação da vida. Além disso, foi observado que o cuidado foi secundarizado pela própria sociologia, que o situou como o resultado de um comportamento de gênero pertencente às mulheres, principalmente na esfera familiar. Conclui-se que a concepção sociológica de cuidado é mais abrangente do que defini-lo pela especificidade de um ato realizado na esfera individual ou coletiva, uma vez que as matrizes sociológicas compreendem-no em sua dimensão societária como elemento fundante e catalisador da vida social, estreitamente ligado à manutenção da vida.

## **Introdução**

Ainda que o cuidado possa ser considerado uma expressão de apoio social intenso, um atributo fundamental para a manutenção da vida, e, conjuntamente com a solidariedade social, em vista da vulnerabilidade do corpo, ser a base para o desenvolvimento de outros componentes essenciais da vida social, não lhe foram direcionados estudos sociológicos expressivos que pudessem ampliar a compreensão deste seu significado. Isto se deu, principalmente pelo cuidado ter sido visto pela sociologia como o resultado de um comportamento de gênero pertencente às mulheres, principalmente na esfera familiar.

Claramente, no entanto, no campo da saúde os estudos sobre o cuidado ganharam maior visibilidade, porém o sentido majoritário dado a ele está mais implicado com a formalização das ações de assistência, efetuadas pelos profissionais da área, do que com os sentidos de qualificação de um ato, feito com zelo, para si e para o outro, implícito conceitualmente na etimologia da palavra. Não obstante começa-se a notar a emergência do tema cuidado na interface entre sociologia e saúde, o que vem acontecendo simultaneamente: ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho; à passagem das ações de cuidado da esfera privada familiar para o espaço público; à crise de oferta de atenção pelos sistemas de saúde; e ao questionamento da predominância do modelo biomédico como referência para a execução das ações de cuidado.

As reflexões contidas neste texto têm como objetivo analisar o campo da sociologia do cuidado, a partir da revisão sistemática da literatura indexada, a partir de uma leitura sociológica do cuidado, problematizando sua transposição de um fator necessário da vida social para uma ação técnica de saúde, assim como as invisibilidades produzidas por este deslocamento.

## **Metodologia**

Este texto tem como base uma parte dos resultados encontrados na Revisão Sistemática da Literatura (RSL), intitulada: *Os Sentidos do Cuidado em Saúde*. Para efetuar a RSL foram pesquisados os descritores "Assistência à saúde" or "Prestação de Assistência à Saúde" or "Prestação de Cuidados de Saúde" or "Prestação de Assistência Odontológica" or "Prestação de Cuidados Odontológicos" or "Cuidados de Saúde" or "Cuidados de Assistência à Saúde" or "Rede de Cuidados Continuados de Saúde" AND "Sociologia Médica" na Biblioteca Virtual em Saúde e seus correspondentes em inglês "*Delivery of Health Care*" or

“*Health Care Delivery*” or “*Health Care Systems*” or “*Delivery of Dental Care*” or “*Health Care*” and “*Sociology, Medical*” nas bases de dados que contemplam artigos da área da saúde: PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST). E com os descritores *Care or Health or Healthcare and (abstract) Sociology* nas bases de dados que contemplam artigos das ciências sociais: Jstor e Sage. Os descritores utilizados visaram mapear o tema cuidado na interface entre as áreas da sociologia e da saúde.

A pesquisa nas bases de dados foi efetuada em outubro de 2014. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter sido publicado no período entre 2003 e 2013; ser um artigo científico indexado; ser publicados em português, espanhol ou inglês; ter um dos descritores no título e no resumo nas bases de dados da área da saúde e ter os descritores no título ou no resumo nas bases de dados das ciências sociais. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não fossem de acesso aberto ou não disponibilizados no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), artigos de revisão de literatura, carta, editorial, dissertação ou tese, artigos que não oferecessem acesso integral aos textos.

O número total de artigos encontrados foi de 852 e com a aplicação de filtros que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão chegou-se em 262 textos. Na sequência, fez-se uma leitura inicial da íntegra dos textos selecionados pelos descritores buscando aqueles que abordavam o tema cuidado em alguma esfera, resultando em 202 textos. Para o aprofundamento do tema, em uma segunda leitura, restringiu-se o universo àqueles que abordavam a temática cuidado de forma central em sua discussão, resultando em 63 textos. Estes foram classificados em oito áreas focais, e cinco categorias temáticas sendo que a primeira área focal, nomeada de *Estudos sociológicos sobre saúde, doença e aplicação do cuidado* e duas das categorias temáticas nomeadas é de *Crise nos sistemas de saúde e Disparidades sociais interferindo no acesso ao cuidado* foram utilizadas para este trabalho. O grupo dos 15 artigos analisados foi assim denominado de “abordagens sociológicas do cuidado” e composto pelas seguintes referências: Carpentier<sup>1</sup>; Carpentier, Grenier<sup>2</sup>; Clements et al.<sup>3</sup>; Denier<sup>4</sup>, Dovidio<sup>5</sup>; Ferlander<sup>6</sup>; Fine<sup>7</sup>; Hanlon, Halseth<sup>8</sup>; Kim, Farmer, Porter<sup>9</sup>; Noone, Stephens<sup>10</sup>; Oh<sup>11</sup>; Pescosolido<sup>12</sup>; Prusvic, Pavlovic<sup>13</sup>; Samitt<sup>14</sup>; Spates<sup>15</sup>.

É preciso ressaltar que uma revisão sistemática da literatura atinge aquilo que os descritores e as bases de dados permitem alcançar, o que não necessariamente contempla todo

o campo a ser pesquisado. Portanto, qualquer análise que se faça de seus achados, sempre vai ser uma leitura parcial do objeto de estudo.

### **Sociologia do cuidado: visibilidades e invisibilidades**

Nos artigos selecionados foram observados os seguintes temas: 1) o conceito de cuidado e seu lugar nos estudos sociológicos<sup>7</sup>; 2) o cuidado na interface com o campo da saúde focalizando a importância das redes sociais para o resultado das ações de cuidado<sup>1,2,12</sup>; 3) a interferência das disparidades sociais ao acesso ao cuidado<sup>5,6,10,15</sup>; 4) as questões financeiras dentro do sistema público e privado e sua inter-relação com o cuidado<sup>3,4,7,8,9,11,13,14</sup>.

O cuidado, como se vê, foi referido por diferentes abordagens, sem ter-lhe sido atribuído um lugar central nos estudos sociológicos. Propondo uma síntese dos artigos selecionados, sugere-se a sua problematização a partir do cuidado em um sentido figurado, como algo presente na relação entre atores sociais, nos papéis de cuidadores ou receptores do cuidado, em ambientes familiares ou comunitários; na sua expressão aplicada como atenção à saúde, em que os resultados decorrentes de suas ações não estão restritos à atuação pontual de um profissional de saúde e só podem ser compreendidos se avaliados no interior de contextos sociais; e na abordagem dos fatores sociais e econômicos prejudiciais ao acesso ao cuidado.

As três dimensões percebidas nos textos demonstraram ser difícil descrever linearmente o que é e qual o lugar do cuidado na sociologia, uma vez que o seu conceito atravessa temas e níveis de análise, liga micro interações e macroestruturas e reúne aspectos formais e informais relacionados à vida social, ao invés de tratá-los como temas especializados e distintos. Para exemplificar as duas primeiras dimensões serão utilizados os textos que abordam o cuidado numa escala que parte de uma visão geral<sup>7</sup> e adentra ao campo da saúde<sup>1,2,12</sup> sem, no entanto, discutir a sua aplicação pontual.

No texto de Fine<sup>7</sup> o cuidado pôde ser observado com maior amplitude, suas fronteiras como estudo sociológico foram mais claramente delineadas sem, no entanto, especificar os detalhes de sua topografia. Ao mesmo tempo em que o tema foi mais detalhadamente contextualizado no campo da sociologia e descrito a sua importância social, não houve uma análise aprofundada dos contextos em que o cuidado ocorreu. O autor destacou que nenhum dos principais teóricos contemporâneos identificou a sociologia do cuidado como tema central, mesmo se tratando de um assunto que tem uma longa história na filosofia e na cultura ocidental. No entanto ponderou que o cuidado é uma expressão de apoio

social intenso e pode ser visto “como um tipo de prestação de ajuda que repousa, de um lado nos intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições, portando significados para os atores neles envolvidos, nas suas respectivas experiências cotidianas e contextos”<sup>16</sup> (p. 1104). Portanto, deveria ser reconhecida a sua centralidade na teoria social e política, pois abordar este tema iria aumentar as possibilidades de uma análise social mais avançada.

Para Fine<sup>7</sup>, a importância fundamental do cuidado para a vida social foi ignorada e o tema foi incluído no tópico geral de apoio social, isto porque, o cuidado foi entendido como responsabilidade familiar, presente em relações de parentesco e casamento em que a devoção e o dever pessoal eram implicitamente atribuídos ao gênero, um comportamento singular pertencente às mulheres. Entretanto, também pontuou que há na atualidade uma emergência dos estudos sobre o cuidado na sociologia, ainda que a sua expressão como assistência social só recentemente tenha começado a receber a merecida atenção dos pesquisadores sociais.

Outro ponto importante abordado no texto está relacionado aos fatores que levaram ao aumento de interesse em estudar o cuidado, pelos sociólogos. Esta mudança, para Fine<sup>7</sup>, aconteceu no final do século 20, momento em que o cuidado foi deslocado para o domínio público e a disponibilidade de prestação de cuidados transformou-se num aspecto cada vez mais controverso da vida moderna. Este deslocamento se deu em meio à crise dos sistemas de assistência social e saúde nas sociedades mais avançadas e foi fruto de mudanças sociais, como: a entrada das mulheres na força de trabalho paga, o envelhecimento da população, diminuição da fertilidade, bem como uma variedade de desenvolvimentos médicos e biotecnológicos que serviram para acentuar a atenção dada ao cuidado. Estas mudanças não foram somente questões de percepção cultural, mas levaram a dilemas éticos, políticos e financeiros. Para o autor, o deslocamento do cuidado de uma preocupação particular para uma questão pública tem um significado para a teoria social tanto quanto o faz para a vida social e a disposição e disponibilidade de cuidados tornaram-se um problema prático em que as respostas existentes se revelaram inadequadas ou insustentáveis e novas soluções são procuradas<sup>7</sup>.

Interessante notar que os mesmos argumentos utilizados para explicar o lugar marginal do cuidado na sociologia refletem a desvalorização das ações de cuidar na sociedade. A naturalização do cuidado, associando-o diretamente ao gênero feminino, o colocou na mesma posição social inferiorizada tradicionalmente atribuída às mulheres e conseqüentemente ao seu trabalho. Esta inter-relação entre cuidado, gênero feminino e

posição social vai ao encontro com o estudo clássico de Simone de Beauvoir<sup>17</sup>, resultante de seu livro intitulado “O segundo sexo”, publicado originalmente em 1949. Nele a autora disserta como a condição feminina é uma construção social baseada numa visão masculina, de que a mulher é um “outro” de menor *status* social e o seu trabalho não é visto como essencial, envolvendo pouco conhecimento intelectual e valor econômico. Importante ressaltar que, para Beauvoir, os atributos considerados femininos não são natos, mas aprendidos culturalmente, pois, nas suas palavras, não se nasce mulher, aprende-se a ser mulher.

Fine<sup>7</sup> discorre que a felicidade e a realização de intimidade passaram a ser vistos como marcas do ideal de vida e o cuidado longamente construído como um dever e responsabilidade do feminino tem sido considerado um fardo. Para o autor, uma forma de mostrar como a individualização liga objetivos pessoais a mudanças sociais é o fato de as mulheres, nas últimas décadas, terem parado de viver uma vida para os outros e terem ido buscar uma vida própria. As alterações na vida pessoal e doméstica constituiu o terreno para uma nova demografia dos cuidados informais<sup>c</sup>, bem como proporcionou uma nova relação entre prestadores de serviços humanos e dos beneficiários de cuidados.

Com isso, não só a sociedade se transformou com a entrada das mulheres na força de trabalho, como também, o pensamento sociológico voltou-se com maior atenção para o cuidado. Talvez, sob influência da reconfiguração social citada por Fine (2005), também a sociologia foi deslocada para áreas antes menos valorizadas pela tônica racional da pesquisa científica, característica do mundo cultural masculino e predominante na ciência em gênero, número e grau<sup>18</sup>. O trabalho de cuidar, por exemplo, antes ignorado como campo de estudo e relegado ao anonimato acadêmico, por comportar elementos culturalmente considerados pertencentes ao mundo feminino, passou a ser alvo de preocupação da sociologia na medida em que foi deslocado da esfera familiar e adentrou a esfera pública.

O que remete à crítica feita por Santos<sup>19</sup> à racionalidade do pensamento científico contemporâneo e a sua limitação em considerar importante e explicar a amplitude e a variedade das experiências sociais presentes no mundo, mas que, no entanto é tensionado a mudar pela influência do poder social como indicador privilegiado dos dilemas e das contradições que alimentam as transições paradigmáticas.

---

<sup>c</sup> Utiliza-se aqui a mesma linguagem empregada nos textos, os quais se referem como cuidador formal aquele que teve uma qualificação específica no campo da saúde. E cuidador informal a pessoa sem qualificação que exerce a atividade de cuidado sob um contrato de trabalho ou não.

Os estudos sociológicos sobre o “*Care*”<sup>20,21,22</sup> possivelmente, podem representar aquilo a que Fine (2005) se refere, como o lugar emergente que o cuidado passou a ter na sociologia. Nenhum artigo sobre o “*Care*” apareceu nos resultados desta revisão, isto se deu por abordarem o cuidado mais na esfera das relações de trabalho do que da saúde, ou seja, o cuidado como uma forma de trabalho e tratado por uma certa sociologia do trabalho. Os estudos desta área de pesquisa problematizam o baixo valor existente na inter-relação entre trabalho, gênero e cuidado, tanto na esfera domiciliar como na profissional. O alvo destes estudos são as relações de trabalho das cuidadoras ou cuidadores, sejam remunerados ou não, qualificados ou não, que assistem a idosos, crianças ou pessoas com necessidades especiais. Como também busca entender o universo dos profissionais da área da saúde, mais especificamente auxiliares de enfermagem ou enfermeiros, que cumprem as funções de cuidado que exigem maior atenção afetiva e intimidade. O significado de *care*, em português traduzido como cuidar do outro, conota um amplo campo de ações e atitudes nas relações de cuidado e pode expressar a ideia de solicitude, inquietude afetiva pelo outro<sup>20,21,22</sup>.

Na perspectiva dos trabalhos sobre o “*Care*”, quando o cuidado sai da esfera doméstica e passa a ser profissionalizado, a sua desvalorização continua presente, independente do gênero de quem o aplica. O seu valor econômico e social está diretamente relacionado às características do trabalho exercido. As ações de cuidado quando estão ligadas às emoções, à intimidade e ao contato com os fluidos excretados pelo corpo são menos remuneradas e valorizadas socialmente e são exercidas por mulheres (em sua maioria), pessoas pobres e grupos étnicos desfavorecidos economicamente (anteriormente escravos). Já aquelas ações que envolvem menos intimidade, são mais pontuais (não exige uma longa dedicação) e tem maior especialização técnica são vistas com maior *status* social e tem melhor remuneração<sup>7,20,21,22,23</sup>.

Dos textos selecionados, o trabalho de Carpentier e Grenier<sup>2</sup> foi o que mais se aproximou da discussão dos estudos sobre “*Care*”. Nele os autores problematizaram a necessidade de existir uma maior integração entre os cuidadores formais e informais, especificando o caso de pessoas que sofrem de doenças crônicas. O texto ressalta que é preciso sair de um modelo de intervenção focado nas necessidades prementes e urgentes do paciente, para um que inclui um componente de apoio permanente. Considera que a doença crônica é caracterizada por situações em que os cuidadores informais precisam de orientação para evitar uma crise e preparar-se para períodos de transição. Adaptar o cuidado para doenças crônicas significa, portanto, o desenvolvimento de um processo de cuidado destinado

a promover o desenvolvimento de bem-estar físico, mental e social, tanto para o doente como para os atores envolvidos na prestação de cuidados. Outra questão importante, levantada no texto, foi a crítica aos programas de prestação de cuidado terem sido desenvolvidos principalmente por especialistas, que não respeitam a competência dos cuidadores e suas famílias para repensar estes programas, já que a trajetória dos cuidadores informais não se dá só pela busca da cura, mas sim por um processo de acompanhamento em que nenhuma fórmula é melhor do que outra.

Apenas o texto de Fine<sup>7</sup> abordou sociologicamente o cuidado na sua expressão social mais preliminar, implícito em qualquer ação voltada para a manutenção da vida, realizado por qualquer membro da sociedade. Se considerarmos o cuidado como um elemento básico de toda a vida social ou uma expressão de apoio social intenso, como descrito por Fine<sup>7</sup>, da infância a velhice é necessário a obtenção de cuidado, não só nos momentos de adoecimento. O autor observa que o ato de cuidar deve ser entendido como uma resposta social necessária à vulnerabilidade, incapacidade e incompletude de corpos individuais em diferentes momentos no curso da vida, presentes na infância, na doença mental, na velhice e em episódios de doenças agudas e crônicas.

Já os outros trabalhos aqui analisados abordaram o cuidado referenciando-o ao campo da saúde. O que corrobora com a ideia que o cuidado tem uma maior visibilidade social como prática profissional especializada voltada à atenção à saúde. Neste sentido e continuando a análise das duas primeiras dimensões do cuidado, começadas acima, foi percebido nos textos a transição de um cuidado contextualizado dentro do mundo cotidiano para um cuidado cada vez mais profissionalizado, inserido no campo da saúde e referenciado na sua dimensão de prática e não de conceito.

Os textos de Carpentier<sup>1</sup> e Pescosolido<sup>12</sup> ficaram no meio do caminho desta transição de abordagens sobre o cuidado. Neles houve um maior detalhamento dos estudos que contemplaram o tema ao observá-lo pela influência que os contextos sociais causam nos efeitos das ações de cuidado empreendidas na esfera médica.

No trabalho de Carpentier<sup>1</sup> foi pontuado que os estudos sociológicos mostraram a relação entre os vários atores envolvidos na prestação de cuidado e destacaram as dimensões sociais da esfera médica, incluindo estratégias de ação dos atores e processos de tomada de decisão e realocaram os problemas de saúde dentro de uma dinâmica de relações sociais e redes de atenção. Sistemas de cuidados teriam de ser concebidos dentro de uma organização

social ativa e em evolução, compostos dos inúmeros atores que estão envolvidos na prestação de cuidados. Para o autor, a relação não consiste simplesmente entre um único indivíduo e um profissional de saúde. Ela se dá entre uma pessoa que está localizada dentro de uma miríade de relações, às vezes de suporte, outras vezes afetados por rivalidades e conflitos familiares, e um profissional de saúde, que também faz parte de uma complexa rede de relações, incluindo lutas intra e interprofissionais<sup>1</sup>.

Na mesma direção, o texto de Pescosolido<sup>12</sup> ampliou a perspectiva da inter-relação entre cuidado e redes sociais (*social networks*), em que vários atores sociais participam da sua composição e dos efeitos decorrentes de suas ações, não estando centrados na especialização médica ou na tecnologia aplicada. A autora discute a importância das questões ambientais nos processos de adoecimento e considera que o atual sucesso da ciência biomédica está relacionado a uma mudança de olhar, do microscópio para o ambiente. O texto apontou o quão desconcertante foram para o modelo biomédico os achados que sugerem uma melhor recuperação da saúde via uma assistência médica menos sofisticada e com menos suporte tecnológico. A distinção entre a eficácia (*efficacy*) dos tratamentos, que funcionam estritamente dentro de ensaios clínicos controlados, e a eficiência (*effectiveness*), ou seja, aquilo que funciona no mundo real, marca uma mudança nas explicações clínicas em relação a contextos de cuidado. Cientistas sociais têm documentado que estudos sociológicos e biomédicos que utilizaram redes sociais para compreender os processos de saúde/doença demonstraram que, no nível organizacional, o principal determinante do tipo de cuidado (de base familiar, por exemplo) ou resultados do cuidado não é a modalidade de tratamento, mas a natureza das redes sociais baseadas na organização entre provedores<sup>12</sup>.

Contrariamente ao que prega a Medicina Baseada em Evidências e sua determinação em protocolar as ações de cuidado no âmbito biomédico, para Pescosolido<sup>12</sup> as expectativas que os tratamentos têm efeito idêntico e que os indivíduos reagem da mesma forma, tem dado lugar às investigações sobre o impacto psicológico na perspectiva de cada indivíduo, o efeito da cultura e do clima no local do tratamento e a importância do apoio da comunidade. O que vem demonstrar a fragilidade implícita à ideia de que o cuidado e qualquer resultado positivo advindo de suas ações podem ser representados pela esfera técnica/tecnológica da assistência à saúde.

Os textos de Carpentier<sup>1</sup> e Pescosolido<sup>12</sup> ajudaram a ampliar a compreensão teórica sobre o cuidado no campo da sociologia da saúde. O diferencial destes autores em

relação às análises feitas por Fine<sup>7</sup> está na forma como abordaram o cuidado pela esfera médica e avaliaram que os resultados positivos das ações de saúde estão diretamente relacionados à influência das redes sociais. De certa forma os autores fizeram o movimento contrário da tendência de considerar as ações de cuidado apenas como aplicação técnica em saúde. Ao conceber a sua força no interior das redes sociais, e envolvendo vários atores, restabelecem a sua dimensão social originária, anterior ao seu posicionamento especializado no campo da saúde. O que remete aos trabalhos de Canguilhem<sup>24</sup>, Foucault<sup>25</sup>, Ilhitch<sup>26</sup> que localizaram, a partir do surgimento da clínica médica, o momento em que o cuidado começou a ser concebido como aplicação técnica por um profissional especializado.

A dimensão social originária do cuidado, referida acima, está na perspectiva, apresentada por Barros<sup>27</sup>, de que o cuidado é resultante do processo de socialização e pode ser compreendido como um fazer tácito do ser humano, ao mesmo tempo em que é uma prática individual é construído coletivamente.

Uma importante implicação dos estudos que compreenderam o alcance das ações de cuidado no interior das redes sociais foi fornecer mais um dado concreto para algo considerado abstrato, que o fundamento dos efeitos benéficos para os sujeitos, resultante das ações de cuidado, não estão restritos somente à aplicação técnica e tecnológica por um profissional qualificado da área da saúde, mas, sim pertence a outra qualidade de intervenção que não necessita necessariamente de uma formação especializada e está pautado na qualidade do apoio entre as pessoas envolvidas.

O número reduzido de textos encontrados nesta revisão, que fizeram uma leitura mais conceitual sobre o cuidado a partir da sociologia, vai ao encontro da afirmação feita por Fine<sup>7</sup>, em que o cuidado não é um tema central nos estudos sociológicos. Entretanto, talvez seja possível considerar que indiretamente o tema cuidado tenha uma presença constante nos estudos da sociologia da saúde. Esta hipótese vem da consideração de que as pesquisas empreendidas nesta área, ao analisar os processos envolvidos nos adoecimentos, na realidade estão indiretamente relacionadas ao entendimento das variadas maneiras com que se recebe ou se oferece o cuidado, já que nelas, como afirma Pescosolido<sup>12</sup>, buscaram-se compreender quais são os limites das abordagens biomédicas e houve a construção de abordagens integradas que ajudaram prever quem fica doente, quem busca tratamento, quem se recupera, e porque isto acontece. Especialmente os estudos que, ao discutir a qualidade e a quantidade de tratamentos, concluíram que os mesmos não são marcados apenas por um perfil claro da

doença e não são consistentemente passíveis de um único conjunto de intervenções e os eventuais resultados de saúde, doença e cura são moldados por fatores extra-médicos ou extra-tratamentos.

### **As disparidades sociais no acesso ao cuidado e a crise nos sistemas de saúde**

Retomando a análise das três dimensões de abordagens sociológicas do cuidado, citadas acima, serão em seguida apresentados os textos pertencentes à terceira dimensão observada nos trabalhos selecionados para esta etapa. Esta dimensão está relacionada aos artigos que discutem o cuidado a partir de sua aplicação pontual nos contextos de assistência em saúde para uma determinada população, mas que mantém uma leitura predominantemente sociológica dos assuntos abordados nos textos. Estes textos referem-se às categorias temáticas *As disparidades sociais interferindo ao acesso ao cuidado e Crise nos sistemas de saúde* que fazem parte dos resultados da RSL ao qual este texto é derivado.

A influência de disparidades sociais ao acesso à saúde foi discutida em quatro dos artigos selecionados. A preocupação dos autores foi problematizar quais eram as limitações de acesso ao cuidado, para determinado grupo social, em função da cultura, da desigualdade social e do preconceito étnico. Neles associou-se a obtenção de cuidado a temas, como: capital social, classe social, conceito de masculinidade e a discriminação causada pelo racismo. Ferlander<sup>6</sup> e Noone & Stephens<sup>10</sup>, por exemplo, abordaram o cuidado pelo ponto de vista dos recursos pessoais ou comunitários necessários para o seu acesso, especialmente para as classes sociais expostas à desigualdade econômica.

Para Ferlander<sup>6</sup>, a distribuição das diferentes formas de capital social pode ajudar a compreender melhor as razões subjacentes à qualidade da saúde. A autora levanta a hipótese de que uma distribuição equilibrada de capital social, abordado como rede e suporte sociais, provavelmente beneficiaria os indivíduos a ter um melhor acesso aos recursos de cuidado, como os oferecidos pelos serviços de saúde pública. O capital social, para a autora, seria um recurso individual e/ou comunitário, acessado através de redes sociais que possibilita alcançar níveis de apoio, troca de informações, tolerância e acessibilidade<sup>6</sup>.

O trabalho de Noone & Stephens<sup>10</sup>, por sua vez, compreendeu que o ideal de masculinidade, especialmente nas classes sociais com menor poder aquisitivo, repercute no entendimento de suas necessidades de saúde, na compreensão e incompreensão da linguagem médica e na sua busca de cuidados. Outros dois textos<sup>5,15</sup> deram maior ênfase à compreensão

do papel do preconceito, dirigido à população negra norte-americana, cerceando ou desqualificando o cuidado. Para Spates<sup>15</sup>, o cuidado em saúde mental de mulheres negras nos Estados Unidos da América (EUA) foi prejudicado pela imprecisão das informações sobre grupos minoritários e isto se estendeu ao conhecimento da psicologia sobre as mulheres negras. A exclusão de pesquisas relacionadas às mulheres negras na saúde mental, o preconceito, o desconhecimento cultural e de condições opressivas a esta população contribuíram na ocorrência de erros de diagnóstico repercutindo em uma maior incidência de pessoas diagnosticadas com problemas mentais nesta população. Já Dovidio et al.<sup>5</sup> observaram que o resultado do cuidado em saúde à população negra nos EUA foi prejudicado por atitudes discriminatórias dos profissionais, não favorecendo uma relação de confiança entre eles.

Mesmo que os textos acima tenham referenciado o cuidado na interface sociologia e saúde, a sua preocupação principal não foi discutir diretamente a sua aplicação no campo da saúde, mas sim, entender sociologicamente uma questão anterior: as disparidades sociais como fator de impacto para a obtenção de cuidado em saúde pela população. O que implica dizer que as disparidades sociais não podem ser compreendidas como demandas de saúde. As questões sociais quando camufladas em problemas de saúde resultam na medicalização social e o cuidado passa a ser focado como tratamento de um adoecimento que não existe. O que leva a pergunta: o cuidado encontrado pelas pessoas nos serviços de saúde é aquele que necessitam ou que procuram? Quando o sofrimento social é compreendido como sofrimento psíquico, por exemplo, pode se desdobrar na produção social da loucura e as respostas sociais públicas tornam-se insuficientes e ineficazes para o seu cuidado<sup>28</sup>.

Sendo assim, a ideia de cuidado não pode ficar restrita ao cuidar da saúde e, por melhores que sejam as intervenções nesta área, elas não conseguirão suprir as reais necessidades dos sujeitos atendidos. Para que o cuidado seja realmente efetivado, ainda subjaz a necessidade de entendê-lo além do seu sentido aplicado e percebê-lo na dimensão da inter-relação entre pessoas que se reconhecem e se ajudam. Na perspectiva trazida por Fine<sup>7</sup>, o cuidado precisa ser visto não apenas como uma atividade unidirecional realizada pelo cuidador, mas como o resultado da relação entre as diferentes partes em que o respeito mútuo vem acima de tudo.

Portanto, a partir de uma busca realizada com os filtros no campo da sociologia e da saúde, visando à apreensão acerca de uma leitura sociológica do cuidado em saúde, infere-

se sobre uma contribuição para a ampliação de sua compreensão para os fatores macrosociais, pois mesmo quando os textos se referem ao acesso aos serviços de saúde como forma de cuidado, o foco principal está na característica das relações entre os atores sociais. Em que questões de classe social, de gênero e de etnia são determinantes para que haja o cuidado, o que o afasta da sua tradução como aplicação de técnicas e tecnologias.

De forma semelhante os textos que abordam a relação entre o cuidado e a crise nos sistemas de saúde não estavam focados em discutir a sua aplicação, eles buscaram, em primeiro lugar, estabelecer leituras sociológicas da influência das questões financeiras para o acesso ao cuidado pela população. Este grupo de textos, correspondente ao tema 4, focou a discussão nas questões financeiras dentro dos sistemas público e privado de saúde. Os estudos empreendidos nesta área expuseram alguns fatores considerados causais do aumento dos custos em saúde, tais como: o envelhecimento da população, o desenvolvimento tecnológico, a expansão demográfica e a falta de recursos financeiros para custear o cuidado. No entanto, compreenderam que a diminuição dos recursos econômicos na área da saúde é desfavorável ao cuidado e criticaram medidas utilizadas que justificam a diminuição do financiamento do setor saúde.

Se, por um lado, foi referido nos textos que o aumento demográfico e o envelhecimento da população elevam os custos para aplicação do cuidado, por outro, houve a compreensão da ambivalência no discurso da redução dos custos, na medida em que não são determinados apenas pelas demandas concretas de insumos e serviços pela população, uma vez que interesses políticos e econômicos atuam nos problemas relacionados ao “alto” custo para a manutenção do cuidado à saúde. Neste sentido, enquanto Hanlon, Halseth<sup>8</sup> pontuaram que o envelhecimento da população na zona rural exige um aumento de recursos financeiros para custear o cuidado e que não é possível manter o padrão de assistência à saúde efetuado nos centros urbanos; Prusvic, Pavlikova<sup>13</sup> enfatizaram a impossibilidade futura de manter o financiamento dos sistemas de saúde da Europa, em função do envelhecimento da população e da expansão demográfica. Alertando que a população terá de escolher entre aumentar os recursos financeiros para a saúde ou aceitar a diminuição das ações de cuidado nos serviços de saúde. Por outro lado, o texto de Clements et al.<sup>3</sup> discutiu que os benefícios econômicos com as reduções de custo dos sistemas de saúde levaram a uma falsa economia. A superlotação e a falta de pessoal tiveram um efeito negativo sobre a segurança do paciente e a qualidade do atendimento, o que resultou em novos problemas de saúde, que por sua vez geraram aumento nos custos do cuidado.

Com uma posição ideológica contra hegemônica à proposta neoliberal de desmonte dos Sistemas Nacionais de Saúde<sup>29</sup>, Kim, Farmer, Porter<sup>9</sup> afirmaram que a melhora da prestação de cuidados de saúde no mundo, para as populações mais pobres, não é um dreno para a economia, mas, sim, resultaria numa melhora econômica. Os autores consideraram um erro encarar os investimentos em saúde como um dreno sobre as forças produtivas da economia e defenderam que, quando bem projetados, os sistemas de prestação de cuidado, baseados na prestação de serviços de alto valor, são recursos poderosos para o desenvolvimento econômico.

Fine<sup>7</sup>, por sua vez, criticou o modelo econômico que visa reduzir aos custos de saúde pela diminuição do risco da população adoecer. O autor discorreu que a política social está cada vez mais voltada para esta direção. O deslocamento da responsabilidade de gestão do risco para o indivíduo, que deve exercer uma escolha informada e autocuidado para evitar adoecer, levou a um aumento da atribuição de riscos para o cidadão/consumidor e não para o Estado. Se, por um lado, o Estado toma uma posição menos paternalista na atenção à saúde, por outro, o indivíduo assumindo o risco, proporciona um remédio eficaz para a crise fiscal do Estado e pode ajudar a mascarar o corte de custos transferindo a responsabilidade dos serviços de saúde para os usuários. Para o autor, o confronto do risco no século 21 deve significar o abandono das abordagens coletivas de cuidado.

Em que sentido as propostas de monitoramento do risco em saúde podem ser consideradas propostas de cuidado? Como exemplificado por Fine<sup>7</sup>, o controle do risco tem se mostrado ambivalente, pois o incentivo a cada indivíduo a assumir o seu autocuidado se entrelaça à obrigação do Estado em promover a saúde e ganha um tom de estímulo à autonomia.

Especialmente na atenção básica em saúde é relevante a adoção de medidas educacionais para ajudar aos usuários não ficarem predominantemente dependentes da busca de atenção especializada para problemas que necessitam de cuidados elementares<sup>30</sup>. Entretanto, as mesmas propostas, mais do que ensinar o autocuidado, servem para condicionar o comportamento do indivíduo em prol de hábitos de vida considerados preventivos e neste sentido podem ser utilizadas com fins de diminuir os custos do sistema.

As noções envolvidas no controle do risco e na prevenção da doença vão ao encontro da intenção da medicina moderna de normatizar a doença<sup>24,31</sup> mesmo quando utiliza o discurso de promoção da saúde. Tesser<sup>32</sup> entende que a missão ética da biomedicina é de

curar, tratar dos doentes e promover a saúde, no entanto o seu saber está voltado para a cura ou o controle de doenças específicas, o que leva à conversão do doente em doença e da cura em controlar ou eliminar doenças e riscos. Desta maneira, ao focar na doença e não no sujeito que adoece, com sua hegemônica visão de cuidado, a clínica médica<sup>33</sup> se distancia de compreender o cuidado pelo ponto de vista da relação entre sujeitos.

Ao se referir à capacidade individual de se alcançar o “cuidado de si”, Foucault<sup>34</sup>, ao analisar este conceito grego, afirmou ser necessário que a pessoa tenha capacidade cultural, econômica e social para isto e que se trata de um comprometimento de elite. Outro ponto suscitado pelo autor é que a aprendizagem do cuidado se dá na relação com um outro que lhe serve de referência e está na posição de mestre. O mestre, diferentemente do médico e do pai de família não cuida do corpo e dos bens. E diferentemente do professor ele não ensina capacidades e aptidões. Ele cuida do cuidado que o sujeito tem de si mesmo e é no amor que reserva ao discípulo que está a possibilidade do seu cuidado. Há um abismo cultural a ser transposto, entre a descrição de cuidado referida por Foucault à compreensão médica de aplicar procedimentos ou se impetrar medidas educativas para a não contração da doença.

Os trabalhos que abordaram a crise nos sistema de saúde abrangeram o cuidado em uma perspectiva social que aborda questões econômicas para efetivá-lo na assistência à saúde, sendo que sua ação pode ser compreendida na dimensão política e gerencial de cuidar coletivamente da saúde da população. O que remete a dimensão societária do cuidado descrita por Cecilio<sup>35</sup>, que trata do papel do Estado na produção de políticas públicas em geral e as de saúde em particular.

Uma crítica mais particular ao discurso atual de falta de recursos financeiros para a manutenção do cuidado foi veiculada no texto de Denier<sup>4</sup>. O autor afirmou não ser verdadeira a hipótese de que a dificuldade em realizar um equilíbrio aceitável entre a eficiência, a justiça e o cuidado é originada da escassez de recursos. Portanto a questão não deveria ser fazer escolhas sobre quanto, como utilizar e alocar bens e serviços escassos. Pois, o aumento dos custos vem do avanço exponencial da tecnologia médica e da crescente medicalização da vida. A glorificação unilateral da medicina tecnológica fez com que a quantidade sacrificasse a qualidade e agiu em detrimento de um cuidado autêntico, respeitoso e atencioso.

O desenvolvimento tecnológico na área da saúde caminha no sentido oposto ao padrão característico de outras áreas que consomem e desenvolvem novas tecnologias. Em

geral, se há o aumento da demanda e conseqüentemente da produção de um determinado produto, o seu custo tende a cair. No caso dos equipamentos utilizados para a atenção à saúde, independente do crescimento da sua utilização, o seu custo permanece alto ou em crescimento. Ao seu modo, isto acontece também com a indústria farmacêutica, mesmo que alguns medicamentos tenham tido o seu acesso popularizado e diminuído o seu custo, outros são criados com preços altos, para substituí-los. O interesse mercadológico da indústria farmacêutica e de produtos tecnológicos transformou a saúde em um produto a ser consumido, com alto valor de mercado. Os usuários dos serviços de saúde cada vez mais se transformam em consumidores<sup>36,37,38</sup>.

Outra questão apresentada nos textos que trataram da crise econômica e diminuição dos recursos financeiros para a saúde foi o crescimento do setor privado de saúde e as implicações das relações financeiras para a obtenção do cuidado. Dois textos abordaram de maneira oposta este assunto. Para Oh<sup>11</sup>, nos ambientes privados de atenção à saúde, as relações monetárias para o acesso ao cuidado são geradoras de descontentamento e conflito na relação entre médico e paciente. Já que, para o autor, os domínios econômico e social são distintos, as relações financeiras no âmbito da saúde diferem de outros tipos de relação fornecedor/consumidor e o dinheiro não é um meio neutro para estabelecer relações de interesse mútuo. Como contra ponto, o texto *At Your Service: Transforming Healthcare Delivery*<sup>14</sup> descreve uma clínica particular que visa oferecer uma atenção ao paciente na mesma qualidade da *Disney* e do hotel *Ritz*. O autor concebeu a qualidade como a primeira estratégia do mercado, considerando que a sociedade está cada vez mais voltada para um consumo aprimorado. A prestação de serviços na saúde, salienta o autor, é uma indústria e um produto para consumo como outro qualquer e que é preciso investir não só na qualidade clínica, mas na qualidade da organização ao acesso, estrutura do espaço e tudo que dê a sensação do cliente estar num dos melhores hotéis.

O texto de Samitt<sup>14</sup> fez parte desta pesquisa por estar de acordo com os critérios de inclusão estipulados nos procedimentos metodológicos desta revisão da literatura. No entanto, o artigo não foi referenciado como estudo sociológico, pois tinha como característica a propaganda de uma clínica particular. Apenas serviu como referência, mesmo que caricatural, para demonstrar a existência da ideia e da oferta de um cuidado em que a qualidade está na dimensão da materialidade da relação entre fornecedor e comprador na aquisição de um produto, pautado nos valores da sociedade de consumo.

Os estudos que abordaram a crise dos sistemas de saúde viram o cuidado na sua expressão macrossocial, em que as esferas políticas e econômicas atuam no gerenciamento das ações de cuidado em saúde. Desta maneira fica perceptível que uma leitura sociológica do cuidado abrange os espaços sociais das microrrelações às macrorrelações, pontuando que, a partir da sociologia/sociologia da saúde, faz-se necessário entender como a sua construção histórica e social do fenômeno, no caso do cuidado, e quais são os seus pontos de tensão e interesse envolvidos.

Sumariamente, os trabalhos sobre a relação entre o cuidado e a crise econômica do setor da saúde têm em comum uma concepção econômica do cuidado que influencia na estruturação de sistemas e serviços de saúde. Compreende-se que na concepção de cuidado estão implicadas as microrrelações entre indivíduos, assim como as macrorrelações entre o Estado e a população, o que poderia ser chamado de a “construção social do cuidado”. Assim, esta abordagem contribui para a construção de um conceito de cuidado que não se restringe a técnicas, tecnologias ou relação entre médico e paciente, pois amplia o cuidado para uma composição de elementos que inclui questões econômicas, sociais e políticas para sua constituição.

## **Conclusão**

Uma leitura sociológica do cuidado permitiu inferir, por meio do material analisado, a existência de vários enfoques no âmbito da sociologia/sociologia da saúde, sem ter sido propriamente constituída uma sociologia do cuidado. No entanto, o material colhido nesta pesquisa, mesmo com um número reduzido de artigos, trouxe elementos que contribuíram para o estabelecimento das fronteiras desta construção teórica. Notadamente por entender as ações de cuidado envolvendo dinamicamente os atores sociais, para além do modelo predominante ao qual é referenciado no campo da saúde, qual seja, o de aplicação profissional de um procedimento técnico/tecnológico nos ambientes de assistência à saúde. O cuidado, conceitualmente, está na dimensão da solidariedade, do respeito e do zelo na relação entre sujeitos no esforço de ajuda mútua para a manutenção da vida. Neste sentido, ele pode ser compreendido como a base necessária para um resultado satisfatório na aplicação das mais variadas ações sociais, inclusive as de assistência à saúde.

A generalização do termo cuidado, ao ser referenciado majoritariamente pelas ações efetuadas no campo da saúde, mais especificamente da biomedicina, fez com que se

perdesse o seu significado mais básico e imprescindível para atender com amplitude as variadas necessidades de atenção comunitária e de cada sujeito no seu viver, sejam demandas advindas de uma necessidade objetiva ou subjetiva. É na dimensão do componente social, do elo para uma comunicação solidária entre as pessoas, que o cuidado ganha potência e suas ações ganham sentido.

Mesmo que haja uma maior profissionalização do cuidado na atualidade e a oferta de um saber técnico cada vez mais especializado tenha recebido um maior valor social houve simultaneamente um questionamento da validade e de qual seria o ideal de modelo de cuidado empreendido no campo da saúde<sup>36</sup>. Isto levou a criação de múltiplos conceitos de cuidado, que buscam ir além de ser apenas novos modelos de aplicação técnica de atenção à saúde<sup>39</sup>.

No entanto, pode-se postular que o alcance destes novos modelos sempre estará limitado à compreensão de quem o aplica, do valor da construção social inerente ao cuidado, que é anterior à sua aplicação técnica e deve fundamentá-la e não se restringir a ela. Se a ideia de cuidado continuar focada na ação específica e não na dimensão societária sempre haverá a frustrante troca de procedimentos na tentativa de contemplar melhor as necessidades sociais dos atores envolvidos, sem nunca realmente alcançar uma relação entre pessoas que seja essencialmente cuidadora. O fracasso ou o sucesso do cuidar não está baseado apenas no tratamento da doença e na aplicação da técnica, mas, sim na horizontalidade da relação entre sujeitos que se reconhecem parte da comunidade humana.

Outro aspecto que vale a pena ressaltar é que o cuidado, pelo referencial da sociologia, não está restrito à dimensão individual dos sujeitos. Os textos aqui estudados apresentam subsídios que permitem também abordá-lo como elo fundamental para a comunicação entre a macro e a micro-estrutura social. Ao compreendê-lo de forma mais ampla na estrutura social, o cuidado passa a atuar tanto no cenário político quanto no individual, de maneira que as políticas sociais passam a ter, igualmente, a conotação de ações de cuidado. Entretanto não se pode esquecer que, igualmente às relações interpessoais, o que qualifica as ações de cuidado está no seu fundamento e não na sua execução. A intenção que move as ações empreendidas pelo Estado ou qualquer instituição é determinante para o seu resultado e depende da disponibilidade dos técnicos na execução de políticas pautadas pelo cuidado.

Enfim, a partir dos textos selecionados pôde-se constatar que o cuidado não constitui, ainda, uma área de estudo específica na sociologia, bem como que quanto maior o

referencial sociológico presente nos textos, maior sua contextualização na dimensão social, que transcende ao campo da saúde, mesmo quando referenciada nele. Constata-se, também que a qualidade da interação social entre sujeitos, no âmbito das redes sociais comunitárias ou relações profissionais especializadas, interfere fortemente nos efeitos do cuidado à saúde e que não se pode falar de cuidado sem falar de justiça social, da capacidade de acesso aos bens sociais e dos tensionamentos e restrições produzidas pelo fator econômico.

## Referências

1. Carpentier N. Entry Into a Care Trajectory: Individualization Process, Networks, and the Emerging Project. *SAGE Open*. 2013; 3(2): 1-9.
2. Carpentier N, Grenier A. Successful Linkage Between Formal and Informal Care Systems: The Mobilization of Outside Help by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease. *Qualitative Health Research*. 2012; 22(10): 1330-1344.
3. Clements A. et al. Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. *The Lancet Infectious Diseases*, London. 2008 Jul; 8(7): 427-34.
4. Denier Y. Mind the gap! Three approaches to scarcity in health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008; 11(1): 73-87.
5. Dovidio JF, et al. Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. *Social Science and Medicine*. 2008; 67(3): 478-486.
6. Ferlander S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica*. 2007; 50(2): 15-128.
7. Fine M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*. 2005; 41(3): 247-66.
8. Hanlon N, Halseth G. The greying of resource communities in northern British Columbia: implications for health care delivery in already-underserved communities. *Canadian Geographer*, Toronto. 2005; 49(1): 1-24.
9. Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. *The Lancet*, London. 2013 Set; 382(9897): 1060-9.

10. Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociology of Health and Illness*. 2008; 30(5): 711-725.
11. Oh H. Consumerism in action: how patients and physicians negotiate payment in health care. *Qual Health Res*. 2013 Mar; 23(3): 385-95.
12. Pescosolido BA. Of Pride and Prejudice: The Role of Sociology and Social Networks in Integrating the Health Sciences. *Journal of Health and Social Behavior*. 2006; 47(3): 189-208.
13. Prusvic D, Pavloková K. Generational Accounting in European Health Care Systems\*. *Finance a Uver, Prague*. 2010; 60(5): 378-399.
14. Samitt CE. *At Your Service: Transforming Health Care Delivery*. Physician Executive, Tampa. 2004 Nov/Dec; 30(6): 36-9.
15. Spates K. "The Missing Link": The Exclusion of Black Women in Psychological Research and the Implications for Black Women's Mental Health. *SAGE Open*. 2012; 2(3): 1-8.
16. Canesqui AM Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(5):1103-1114.
17. Beauvoir S. *O segundo sexo*. Volumes I e II. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1980.
18. Costa AAA, Sardemberg CMB (Org.). *Feminismo, Ciência e Tecnologia*. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA; 2002.
19. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4ed. São Paulo: ed. Cortez; 2002.
20. Guimarães NA, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Sociologia e antropologia*. 2011; 1(1): 151-80.
21. Hirata H, Guimarães NA (ORG.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas; 2012.
22. Sorj B. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. *Tempo soc*. 2014 Jan./Jun; 26 (1): 123-28.
23. Epele M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*. 2012; 18(2): 247-268.
24. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.

25. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
26. Illich I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
27. Barros NF. As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado emancipador. <https://cursos.atencaobasica.org.br/conteudo/8900>. (Acessado em: 08/maio/2015).
28. Malfitano APS, Adorno RCF, Lopes RE. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. Interface. Botucatu. 2011; 15(38): 701-714.
29. Pires MRGM, Demo P. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. Saúde e Sociedade. São Paulo. 2006 maio/ago; 15(2): p. 56-71.
30. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde Soc. São Paulo. 2015; 24(1): 165-179.
31. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Dina Czeresnia; Carlos Machado. (Org.). Promoção da Saúde. 3. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
32. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007; 17(3): 465-84.
33. Campos GWS, Bedrikow R. História da Clínica e Atenção Básica – o desafio da ampliação. 1. Ed. São Paulo: Huitec; 2014.
34. Foucault M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
35. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface. Botucatu [online]. 2011; 15(37): 589-599.
36. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2005; 15(Suplemento): 145-76.
37. Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Sociedade. 2015 nov; 9(1-2): 127-150.

38. Maar WL. (2015). Saúde, Ruidos e Sinais que vem da Rua, São Carlos, SP, 27 Setembro 2015. 14o. Congresso Paulista de Saúde Pública: Associação Paulista de Saúde Pública.
39. Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2004 fev; 8(14): 73-92.

## Capítulo 3

### Subjetividade e Sociabilidade nos Cuidados

**Resumo:**

Embora haja na atualidade uma multiplicidade de abordagens sobre o cuidado, o referencial que as norteia é, predominantemente, o do modelo biomédico de assistência à saúde, que preconiza, em primeiro lugar, o tratamento à doença. Isto aconteceu porque o cuidado, no seu sentido mais estrito, de apoio social, desvelo e preocupação afetiva por alguém foi considerado de menor valor, enquanto que a sua expressão de aplicação técnica racional e mediada pela tecnologia ganhou um maior status social. Este trabalho analisou estas implicações nas relações de cuidado pela interface entre as áreas da sociologia e da saúde, a partir de 37 artigos selecionados em uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST), no período entre 2003 e 2013. Observou-se que os estudos que discutiram o cuidado por um referencial sociológico o abordaram contemplando tanto a sociabilidade como a subjetividade presentes nos processos de saúde e doença. Conclui-se que há uma “crise do cuidado” expressa pela emergente revalorização das suas ações na área da saúde motivadas, sobretudo, pela perda de sentido e de relevância em compreendê-lo apenas pela sua forma aplicada, frente a novos tipos de atenção que abranjam mais amplamente a vida dos sujeitos atendidos nos sistemas de saúde, especialmente por compreender a impossibilidade de cuidar de alguém sem contemplar seu mundo social e sua subjetividade.

## Introdução

Embora haja na atualidade uma multiplicidade de abordagens sobre o cuidado, o referencial que as norteia é, predominantemente, o do modelo biomédico de assistência à saúde, que preconiza, em primeiro lugar, o tratamento à doença. Isto aconteceu porque o cuidado, no seu sentido mais estrito, de apoio social, desvelo e preocupação afetiva por alguém foi considerado de menor valor, enquanto que a sua expressão de aplicação técnica racional e mediada pela tecnologia ganhou um maior status social. No entanto, tem crescido a crítica à hegemonia do pensamento médico moderno e fortalecido a discussão da importância de se oferecer, na atenção à saúde, outras formas de cuidado que contemplem as escolhas, os sentimentos, as emoções e os sentidos próprios que emergem para cada sujeito no seu adoecer.

Estudos empreendidos no campo das ciências sociais buscaram apreender como diferentes grupos sociais compreendem o que é a saúde, a doença e a morte e quais são as formas com que intervêm a este respeito. No século XX, autores como Foucault<sup>1</sup>, Canguilhem<sup>2</sup>, Illich<sup>3</sup> e Boltanski<sup>4</sup> voltaram sua atenção para a sociedade ocidental e sua medicina. Os seus estudos propiciaram uma visão crítica sobre como a ciência e a cultura moderna contribuíram para o desenvolvimento da clínica médica, da formalização da doença como uma entidade própria e da colonização do saber médico estendendo o seu domínio para tudo que diz respeito à saúde e à doença.

Mais recentemente, estudos sociológicos ampliaram sua atenção para como os profissionais exercem as ações de cuidado na assistência à saúde e como os receptores destas ações as compreendem e se sentem contemplados por elas. Dentre as proposições elaboradas nestes estudos houve a defesa da necessidade de uma maior integração entre as ciências sociais e a biomedicina, na formulação de um cuidado que considere, na análise da causalidade, ambos os aspectos implícitos no adoecimento: o social e o biológico<sup>5</sup>.

A sociologia da saúde tem oferecido uma plataforma de entendimento e de investigação dos contextos e mecanismos subjacentes à saúde, à doença e à cura. A sua diversidade de abordagens teóricas e metodológicas produziu um corpo de conhecimento empírico sobre: como fatores sociais, psicológicos, econômicos e culturais predisõem ao aparecimento da saúde e da doença (*illness*); "doenças" (*diseases*) são muitas vezes o reflexo das atuais teorias diagnósticas e de seus procedimentos, bem como das interpretações culturais; a qualidade e a quantidade de tratamentos não são claramente marcados por um

certo perfil de doença e não são passíveis de um único conjunto de tratamentos; e os eventuais resultados de saúde, doença e cura são moldados por fatores extra médicos ou extra tratamentos<sup>5</sup>.

Na interface entre as áreas da sociologia e da saúde houve o desenvolvimento de novos referenciais para abordar o cuidado e uma variedade de estudos discutindo como ele tem sido efetuado e quem o tem recebido. Ampliaram-se os limites sobre o seu significado e quais as formas da sua aplicação no campo da saúde. Mas, principalmente, trouxeram a crítica ao olhar parcial do modelo biomédico de assistência à saúde e como ele tem exercido o cuidado e direcionado suas ações.

Percebeu-se nestes estudos, que a camada populacional com maior poder socioeconômico e que tem garantido o acesso ao cuidado mais sofisticado e aparentemente resolutivo, mostrou-se insatisfeita com a medicina científica e buscou outras alternativas de cuidado ou uma atenção à saúde para além do modelo biomédico, contrariando a lógica de que o melhor cuidado é o mais especializado e tecnológico<sup>6</sup>.

Este capítulo visou apreender as reflexões sobre o cuidado à saúde pelo ponto de vista da literatura indexada, que utilizou um referencial sociológico para discutir e contemplar, a seu modo, aspectos de sociabilidade e de subjetividade nas ações de cuidado.

## **Metodologia**

Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), intitulada: *Os Sentidos dos Cuidados em Saúde*, a partir dos descritores "Assistência à saúde" or "Prestação de Assistência à Saúde" or "Prestação de Cuidados de Saúde" or "Prestação de Assistência Odontológica" or "Prestação de Cuidados Odontológicos" or "Cuidados de Saúde" or "Cuidados de Assistência à Saúde" or "Rede de Cuidados Continuados de Saúde" AND "Sociologia Médica" na Biblioteca Virtual em Saúde e seus correspondentes em inglês "Delivery of Health Care" or "Health Care Delivery" or "Health Care Systems" or "Delivery of Dental Care" or "Health Care" and "Sociology, Medical" nas bases de dados que contemplam artigos da área da saúde: PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST). E com os descritores *Care or Health or Healthcare and (abstract) Sociology* nas bases de dados que contemplam artigos das ciências sociais: Jstor e Sage. Os descritores utilizados visaram mapear o tema cuidado na interface entre as áreas da sociologia e da saúde.

A pesquisa nas bases de dados foi efetuada em outubro de 2014. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter sido publicado no período entre 2003 e 2013; ser um artigo científico indexado; ser publicados em português, espanhol ou inglês; ter um dos descritores no título e no resumo nas bases de dados da área da saúde e ter os descritores no título ou no resumo nas bases de dados das ciências sociais. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não fossem de acesso aberto ou não disponibilizados no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), artigos de revisão de literatura, carta, editorial, dissertação ou tese, artigos que não oferecessem acesso integral aos textos.

O número total de artigos encontrados foi de 852 e com a aplicação de filtros que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão chegou-se em 262 textos. Na sequência, fez-se uma leitura inicial da íntegra dos textos selecionados pelos descritores buscando aqueles que abordavam o tema cuidado em alguma esfera, resultando em 202 textos. Para o aprofundamento do tema, em uma segunda leitura, restringiu-se o universo àqueles que abordavam a temática cuidado de forma central em sua discussão, resultando em 63 textos. Estes foram classificados em cinco categorias temáticas sendo que duas categorias temáticas nomeadas de *Contemplar a subjetividade, sentimentos e emoções nas ações de cuidado* e *Cuidado centrado no paciente* foram utilizadas para este trabalho. O grupo selecionado para análise, composto por 37 artigos, foi aqui denominado de “subjetividade e sociabilidade nos cuidados” e foi representado pelos seguintes trabalhos: Andersen et al.<sup>7</sup>; Bahar et al.<sup>8</sup>; Basu<sup>9</sup>; Brown & Flores<sup>10</sup>; Burkhart & Hogan<sup>11</sup>; Carpentier<sup>12</sup>; Carpentier & Grenier<sup>13</sup>; Daykin, McClean & Bunt<sup>14</sup>; Denier<sup>15</sup>; Dovidio et al.<sup>16</sup>; Edwards, Staniszweska & Crichton<sup>17</sup>; Farrant, Watson & Ferlander<sup>18</sup>; Ferlander<sup>19</sup>; Fine<sup>20</sup>; Freidin & Timmermans<sup>21</sup>; Greenhalgh, Robb & Scambler<sup>22</sup>; Gyasi et al.<sup>23</sup>; Hudson et al.<sup>24</sup>; Isola<sup>25</sup>; Levy<sup>26</sup>; Lopez<sup>27</sup>; Noone & Stephens<sup>28</sup>; Pescosolido<sup>5</sup>; Prior<sup>29</sup>; Saizar & Korman<sup>30</sup>; Salvalaggio et al.<sup>31</sup>; Schouffoer et al.<sup>32</sup>; Shuval et al.<sup>33</sup>; Smith<sup>34</sup>; Solheim & Garratt<sup>35</sup>; Sorensen & Iedema<sup>36</sup>; Spates<sup>37</sup>; Turner et al.<sup>38</sup>; Wajid, White & Karim<sup>39</sup>; Weeber<sup>40</sup>; Xue, Zhang, Lin, Da Costa & Story<sup>41</sup>; Zimmermann & Rodin<sup>42</sup>.

Na sequência são apresentadas três perspectivas de abordagem do cuidado em saúde que ampliam a discussão sobre a sociabilidade e a subjetividade nas ações de cuidado. Para isto foram utilizadas principalmente as reflexões desenvolvidas nos 37 textos selecionados, mas, também, outros textos pertencentes à literatura da área da saúde serviram de apoio à análise, composta do desenvolvimento da clínica médica e sua característica de cuidado; das mudanças atuais na relação entre os atores sociais envolvidos na prestação e

recepção do cuidado; e da presença e importância de questões subjetivas expressas por sentimentos, emoções e crenças, na qualificação das ações de cuidado.

### **A clínica médica: o modelo de cuidado biomédico**

O desenvolvimento histórico da clínica médica como prática de cuidado à saúde aconteceu simultaneamente e de forma interligada ao fortalecimento e a objetivação do saber científico. A metodologia da ciência moderna contribuiu para uma reconfiguração do saber médico, em que o doente e a sua subjetividade foram aos poucos destituídos de qualquer relevância para o conhecimento do fato patológico. A postulação de uma ciência positiva, objetiva e factual levou o médico a abstrair o paciente, a colocá-lo entre parênteses, tornando-o apenas um fato exterior àquilo que o fazia sofrer. A clínica médica focou seu estudo na doença e descreveu-a minuciosamente dando-lhe uma identidade própria, já o doente e as minúcias de sua história resumiram-se a itens úteis para a anamnese e entendimento do desenvolvimento da patologia<sup>1,2</sup>.

Esse quadro permanece na atualidade, já que na clínica contemporânea a anamnese, os exames físicos e complementares buscam diagnosticar doenças, e o doente foi relegado a uma posição passiva de seu próprio processo. A medicina focada na doença descarta qualquer responsabilidade pela história do sujeito concreto<sup>43</sup>. A presente hegemonia do conhecimento científico, junto à sua forma de perceber e conduzir o mundo pelo uso da razão produz pouca comunicação e diálogo com tudo que não se enquadre aos seus parâmetros. Um dos impactos do modelo pragmático e utilitário das tecnociências, advindo da sua dominação cultural, é apresentar seu conhecimento como uma verdade única. No entanto, não oferece respostas para perguntas pertinentes à vida social, especialmente quando se trata de questões relacionadas à saúde humana<sup>44</sup>.

Com isso, a clínica médica referenciada pela racionalidade científica, objetivou as ações de cuidado e instituiu um modelo técnico/tecnológico de atenção à saúde que distanciou o profissional do paciente<sup>45,46</sup>. Com a invasão da medicina sobre o resto da sociedade e o imperativo tecnológico, cujo ideário sustenta que o melhor cuidado é o mais tecnicamente orientado, as manipulações técnicas são mais claramente definidas do que são os seus efeitos nas pessoas e sua relação com valores humanos. Um sistema dominado pelo imperativo tecnológico faz com que o prolongamento da vida e a prevenção da morte passem a ter a finalidade e o objetivo dos cuidados à saúde. Quando se trata da atenção aos doentes

terminais, a morte torna-se mais um evento técnico do que uma questão social-moral, ou seja, uma falha na tecnologia em resgatar o corpo. Ao não perceber a diferença entre prolongar a vida, para o que pode ser chamado apenas de prolongar a morte, a medicina passou de uma profissão humanitária e respeitada para uma nova e despersonalizada ciência<sup>42</sup>.

Apesar de gradativamente aumentar o desprestígio do modelo de cuidado da clínica médica, que abstrai o sujeito e polariza a atenção no tratamento à doença, a biomedicina contemporânea continuamente recria a promessa de ofertar o melhor método para se obter a cura. Na atualidade, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) e a validação das intervenções biomédicas pelo uso de ensaios clínicos controlados e estudos de coortes, rendeu legitimidade científica e pública para os profissionais da saúde continuar e aperfeiçoarem uma atenção à saúde protocolada na singularidade da doença e não na do doente<sup>47</sup>. Enquanto cresce no campo da saúde o discurso de se estar produzindo com a MBE um cuidado mais eficaz, estudos concebidos na interface entre sociologia e a saúde têm criticado esta padronização do cuidado<sup>5,10,17,34</sup>.

Estes estudos fazem um contraponto à Medicina Baseada em Evidências (MBE) e a sua consequente protocolização das ações de cuidado, ao entender que existem diferenças entre a eficácia dos tratamentos que funcionam estritamente dentro de ensaios clínicos controlados e aqueles que funcionam no mundo real. Mas, principalmente, não concordam com a expectativa de que os tratamentos têm efeito idêntico e que as pessoas reagem da mesma forma. Pescosolido<sup>5</sup>, por exemplo, argumentou que as vantagens disponíveis para as ciências físicas e naturais de controle, manipulação e randomização não são eticamente possíveis para a maioria das ciências sociais, o que acarreta em maiores desafios de investigação. Considera, ainda, que a complexidade da vida social e comportamental do indivíduo permite e requer o foco em diferentes níveis de análise e o uso de variadas abordagens de investigação. Em função disto, a diversidade de teorias, métodos e ferramentas analíticas utilizadas na área das ciências sociais favorecem ao desafio de “desembalar” o ambiente para a investigação biomédica.

Já Smith<sup>34</sup> estendeu sua crítica ao reducionismo biomédico, que tende para a racionalidade e objetividade e vê com maus olhos a subjetividade. Para ele, a alienação, tanto da medicina como da psiquiatria levou à adoção do movimento da MBE e ao privilégio do método quantitativo que exige objetivação. O autor considera que os ensaios clínicos randomizados causam muitas barreiras para a pesquisa de problemas complexos de saúde.

Outro ponto levantado por Brown & Flores<sup>10</sup> está relacionado ao Sistema Nacional de Saúde (NHS) inglês e o surgimento de uma avaliação negativa para a qualidade do cuidado ocasionada pelas reformas atuais nele empreendidas. Para os autores, sob influência da MBE e sua busca por eficiência e segurança, a reforma no sistema de saúde inglês desenvolveu tendências patológicas na forma de uma medicina científica burocratizada, que destituiu do cuidado à saúde a compaixão e a esperança, elementos importantes para a credibilidade do sistema e produção de exemplo positivo social.

A busca pela eficácia, preconizada pela MBE, incide na necessidade de comprovação dos resultados obtidos. Para se avaliar certos procedimentos, a única forma de mensurar a sua eficiência implica em serem feitas pesquisas de satisfação com os pacientes durante e após o tratamento. Uma característica comum destas pesquisas é o registro de um nível elevado de satisfação do paciente. Entretanto foi percebido por Edwards, Staniszewska & Crichton<sup>17</sup> em estudo que entrevistou vários participantes de pesquisas de satisfação a existência de falhas estruturais interferindo no resultado final. Os autores constataram ter havido influência de pressões psicológicas e sociais nos participantes induzindo-os a responderem como satisfatórios seus tratamentos mesmo quando não foram e a reinterpretar positivamente experiências negativas.

Embora, prevaleça a hegemonia do modelo de cuidado biomédico, com sua intervenção pautada nas doenças reduzindo-as a um fato concreto, fixo e imutável, manifestados por sintomas no organismo<sup>46</sup>, simultaneamente cresce o sentimento entre profissionais da saúde, de que este modelo de atenção não é capaz de oferecer um cuidado que abranja todas as questões envolvidas nos processos de saúde-doença-cuidado e a tensão resultante de reduzir o sujeito atendido à sua patologia, repercute no profissional e não apenas no paciente. Assim, a busca por novos modelos de cuidado é uma demanda dos técnicos e não só dos pacientes, de forma que médicos vêm se interessando em estudar homeopatia, acupuntura e outras práticas de cuidado à saúde que lhes deem subsídio para exercer um cuidado diferenciado (Barros, 2000). Este movimento é bastante presente também entre os profissionais da área da enfermagem, por exemplo, que conceberam como importante dar atenção às influências culturais, familiares, de cunho espiritual e da comunidade, para compreender e respeitar os indivíduos em sua cultura e crenças<sup>8,11</sup>. Assim, considera-se, também, aquilo que está além da racionalidade da razão científica, que subjuga o sujeito e, no seu modo de cuidar, desconsidera-o como produtor de hábitos, tradições, cultura, sabedoria, saberes e sociabilidade<sup>48</sup>.

## **A sociabilidade nas ações de cuidado**

Sociabilidade é entendida aqui como espaços comunicacionais de interação entre grupos, rede e indivíduos em que se definem e redefinem simbolicamente certas diferenças socioculturais, que expressam possibilidades de construção temporária do próprio social<sup>49</sup>. A exemplo de Castel<sup>50</sup>, considera-se o pertencimento e a proteção derivados das redes familiares, de vizinhança e comunitárias como sociabilidade primária e os auxílios profissionais no campo social como sociabilidade secundária, os quais desenvolvem montagens cada vez mais complexas e que dão origem a estruturas de atendimento assistenciais cada vez mais sofisticadas.

A interação social nas relações de cuidado encontram vários graus de sociabilidade. A perspectiva sociológica tem oferecido uma leitura de como se dá o resultado nos tratamentos de saúde, sob a influência da interação entre sujeitos nas ações de cuidado, sejam estas horizontais entre os membros da família e da comunidade ou verticais entre o profissional de saúde e o paciente. A qualidade destas relações pode interferir no resultado e na produção de autonomia do sujeito no âmbito da saúde, por exemplo, quando há a valorização de uma maior participação dos sujeitos nas decisões que envolvem o seu cuidado. Isto vem acontecendo ao mesmo tempo em que é questionada a supremacia do conhecimento biomédico e o peso que o seu lugar social exerce na formulação dos tratamentos de saúde.

O desgaste acumulado do modelo biomédico de cuidado à saúde acarretou, no final do século XX, uma crise de legitimação da expertise do profissional médico, e em uma avaliação negativa de sua perícia. Este fato desencadeou novas atitudes dos profissionais no relacionamento com o sujeito atendido, os quais passaram a valorizar um novo tipo de diálogo com o paciente. Uma teorização desta mudança de conduta da clínica médica foi chamada de Medicina Centrada na Pessoa e é caracterizada por uma forma mais amigável de comunicação com o paciente e incentivo para a tomada compartilhada da decisão sobre o melhor caminho para o cuidado<sup>22,29</sup>.

Esta abordagem trouxe a reformulação do paradigma da biomedicina convencional afetando tanto os cuidados formais<sup>d</sup> quanto os informais. Em lugar do padrão hierárquico do cuidado, como teorizado por Talcott Parsons<sup>51</sup>, emergiu uma concepção mais engajada e ativa de relacionamento, com base no reconhecimento dos direitos de ambas as

---

<sup>d</sup> Refere-se aqui como cuidador formal aquele que teve uma qualificação específica no campo da saúde. E cuidador informal a pessoa sem qualificação que exerce a atividade de cuidado sob um contrato de trabalho ou não.

partes como sujeitos. Cuidado, nesse sentido, precisa ser visto não apenas como uma atividade unidirecional realizada pelo cuidador, mas sim como o resultado da relação entre as diferentes partes, em que o respeito mútuo e o fomento das capacidades e da autonomia do destinatário vêm acima de tudo<sup>20</sup>. Houve, assim, o desenvolvimento de novas abordagens que conceberam a reestruturação de processos de tomada de decisões médicas permitindo que sejam incorporados os pontos de vista de outras partes interessadas, incluindo enfermeiros, pacientes e familiares<sup>36</sup>.

Desde algumas décadas passadas há a discussão da necessidade de se avaliar democraticamente as formas de conhecimento, como também, o status privilegiado do conhecimento científico em relação a outras formas de entendimento. Ao considerar que todas as formas de conhecimento são iguais em valor, postula-se que a medicina moderna não ocupa uma posição epistemológica privilegiada e que o conhecimento não especializado tem a oferecer diferentes entendimentos dos processos de saúde, de doença e de cuidado, levando à democratização e maior participação do paciente nos processos decisórios<sup>29</sup>.

Além de haver relação entre os vários atores envolvidos na prestação do cuidado, destacam-se as estratégias de ação dos atores e seus processos de tomada de decisão. Os comportamentos relacionados à evasão dos serviços de saúde ou relutância em pedir ajuda, tem sido melhor compreendidos pelas histórias pessoais daqueles que assumiram maior controle sobre suas próprias biografias e seus processos reflexivos, permitindo-os intervir e moldar o mundo como arquitetos de suas vidas. De forma que os arranjos sociais complexos e, às vezes, inesperados somam-se a cada história, imbuindo cada sujeito da construção de seus próprios significados<sup>12</sup>.

A valorização da parceria entre cuidadores formais e informais nas ações de assistência, principalmente para melhor atender aos idosos, às pessoas com deficiência física ou mental e as crianças, deixam ver que os programas de assistência formal precisam contribuir para a manutenção da rede de cuidados informais, sobretudo sendo capazes de: criar espaços de diálogo e participação dos utilizadores do serviço, gerir desacordos, apoiar a existência de diversas opções e incentivar pequenas ações que trarão os membros das redes de cuidado mais próximos. Assim, caberia aos profissionais dos sistemas de saúde prestar apoio técnico e instrumental, bem como conforto, apoio emocional e suporte para as incertezas, com habilidades específicas que estão subavaliadas no mundo acadêmico, como: bondade, paciência, empatia e reciprocidade. Habilidades contrárias àquelas mais desenvolvidas no

modelo biomédico que privilegia uma formação profissional voltada para a eficiência e eficácia, em vez da educação altruísta e hábil em se envolver emocionalmente<sup>12</sup>.

Esta formação acadêmica do saber clínico, orientada pela lógica da racionalidade científica, produziu um ensino médico especializado em formar um cientista que estuda a doença, mais do que um terapeuta que trata o sujeito doente<sup>53</sup>. Educados na ideologia científica, os profissionais tendem a dar crédito mais as verdades biomédicas de seu saber e às patologias graves e bem definidas do que nos relatos e narrativas dos doentes<sup>47</sup>. Na clínica biomédica convencional, o profissional imbuído do saber científico ganhou uma posição social de poder que relega a um lugar passivo e submisso o saber não especializado<sup>45,53</sup>. A sobreposição do saber médico implica em uma assimetria moral com o paciente na obtenção de diagnóstico e de prescrição do tratamento. Como o médico julga dominar o conhecimento técnico a respeito do adoecimento tem maior poder de influência nas tomadas de decisões e o paciente pode se sentir constrangido em pedir ajuda a todas as suas demandas, muitas vezes considerando que o médico estará sendo incomodado com suas dúvidas, questões e necessidades.

Esta relação desigual dificulta, também, aos profissionais entenderem que o cuidado à saúde não está limitado ao cuidado do adoecimento, pois abrange domínios mais vastos da saúde do que meramente a ausência de doença; em outras palavras cega-os para o fato de que a procura de cuidado é influenciada pela construção de uma relação duradoura com o profissional<sup>7</sup>; uma vez que tanto pacientes quanto familiares gostariam de discutir uma gama mais ampla de temas de saúde<sup>18</sup>.

Todavia, propostas como da Medicina Centrada na Pessoa não encontram fácil ressonância nos sistemas de saúde, quer pela predominância do saber científico e desvalorização do saber não especializado, quer pela preocupação maior em cuidar da doença, colocando o doente, seu contexto social e sua subjetividade em um plano desvalorizado e muito pouco utilizado na formulação do tratamento. Com isto, não há, em todos os segmentos de tratamento médico, o favorecimento para a utilização destes referenciais de cuidado.

Na literatura observam-se vantagens e desvantagens em não ter uma relação de cuidado mais próxima com o paciente. Para Sorensen, Iedema, 2008, em estudo analisando o cuidado em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), observou-se a resistência dos clínicos à tomada de decisões, pois diferentemente da ideia que o discurso médico é unitário, foram percebidas relações disfuncionais entre médicos de UTI e cirurgiões,

o que acarretou em uma barreira para utilização de um cuidado centrado no paciente. Da mesma maneira, uma orientação clínica holística no cuidado do dia a dia do paciente de terapia intensiva recebe resistência e não adesão pelos cirurgiões.

Ao estudar a dificuldade de comunicação entre médico e paciente, Greenhalgh, Robb & Scambler<sup>22</sup> perceberam como elementos que dificultam: a rapidez da consulta, com duração média de 10 minutos; o foco absoluto nas questões biomédicas e, conseqüente falta de escuta de relatos da vida pessoal dos pacientes; a falta de uma real concordância entre as partes, com predominância das opiniões médicas em detrimento das questões relacionadas à vida do paciente; o predomínio da voz da medicina à voz do mundo do paciente. Concluíram, também, que independente das trocas entre as partes serem ótimas, a interação fica abaixo dos ideais teóricos de reciprocidade, confiança, partilha de poder, troca sincera de informação, reconhecimento do mundo próprio do paciente, com comprometimento da qualidade de tratamento e de cuidados.

Para Salvalaggio<sup>31</sup> a qualificação dos cuidados à saúde é influenciada pela presença ou não de empatia, escuta, vergonha, discriminação e flexibilidade. O relacionamento com o paciente é potencializado quando os profissionais de saúde adotam estratégias de autonomia e de apoio, como o fornecimento de informações de uma forma não controladora e com empatia. Quando se trata da atenção às pessoas que fazem uso de drogas criminalizadas a promoção da autonomia favorece o surgimento da confiança entre o profissional e o paciente, o que o permite falar também sobre o uso. Assim, a não discriminação é fundamental para evitar danos no relacionamento entre os atores envolvidos, no entanto é frequente a relação hierarquizada e estereotipada entre o profissional da saúde e o usuário, produzindo interações verticais que podem camuflar a discriminação e o preconceito implícitos, como aquelas que existem em função do gênero, do *status* social, do acesso aos bens culturais, da marginalização por influência de crenças e outras<sup>15,16,19,28,37</sup>.

A sociabilidade nas relações de cuidado, também, foi abordada pelos estudos que compreenderam a força dos contextos sociais para o resultado positivo nos tratamentos de saúde. Nestes estudos houve a constatação de que o apoio das redes sociais, ao qual a pessoa faz parte, influencia mais o resultado do tratamento do que o acesso a um alto grau de recursos técnico/tecnológicos. Percebeu-se que a qualidade do cuidado não estava diretamente relacionada à expertise técnica de um profissional de saúde, mas, sim, no suporte que o apoio social oferecia à pessoa que adoece. Este suporte está na dimensão da sociabilidade primária,

em que o apoio da família e comunidade está presente ou integra, e na sociabilidade secundária, que junta cuidadores informais com as ações especializadas dos cuidadores formais<sup>5,12,13</sup>.

### **O entrelaçamento entre cuidado e subjetividade**

A subjetividade está relacionada à realidade psíquica, emocional e cognitiva do ser humano e não pode ser separada dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana. Como um tema tanto da psicologia quanto das ciências sociais é mais do que um sistema determinista intrapsíquico e está interligada aos sentidos e significados atribuídos ao contexto vivido no cotidiano<sup>54,55</sup>.

Na interface entre sociologia e saúde ampliou-se a compreensão da presença de questões subjetivas em tudo o que diz respeito aos processos de saúde-doença-cuidado. Com isso aumentou o interesse em estudar os aspectos emocionais, implícitos no comportamento dos sujeitos atendidos na assistência à saúde e o entendimento da sua importância para a aplicação do cuidado. Isto favoreceu o aumento das investigações sobre o impacto psicológico na perspectiva de cada indivíduo ao ser submetido a um tratamento<sup>5</sup>. Já que são vistos, medicados e tratados como problemas de saúde, sintomas físicos e psíquicos relacionados a processos emocionais<sup>9</sup>. No entanto, novas propostas e considerações foram criadas com o intuito de favorecer o cuidado nos ambientes de atenção à saúde, sobretudo direcionadas a ajudar os técnicos e as instituições de assistência à saúde a expressar sentimentos e emoções em prol de uma atenção mais humanizada.

Com o intuito de ajudar aos profissionais da área da saúde a lidar melhor com suas emoções e ser mais receptivos às emoções dos pacientes, Lopez<sup>27</sup>, a partir de um experimento de observação em três casas de repouso, formulou um novo constructo sociológico. O autor propôs um conceito de cuidado emocionalmente organizado, o que significa ampliar a atenção prestada por funcionários/cuidadores para: atender as necessidades emocionais e sociais dos pacientes; manter a flexibilidade nas atividades internas adaptando-as a necessidades emergentes; favorecer relações emocionais mais autênticas entre pacientes e cuidadores; e observar a humanidade no cuidado respeitando a pessoa além do corpo a ser tratado. Para o autor, estas mudanças quando experimentadas criam um ambiente mais acolhedor e menos estressantes para ambas as partes.

Por outra via, Brown & Flores<sup>10</sup> discutiram, a partir do campo da sociologia positiva, a importância de sentimentos como a compaixão e a esperança para o desenvolvimento de uma sociedade comprometida com o cultivo da justiça social e da dignidade humana. A compaixão seria um elemento fundamental para a vida social em virtude de sua capacidade de mobilizar cuidados e criar laços e a esperança fundamental para lidar com os aspectos negativos do presente, ao focar em algo bom no futuro. Os autores, ao estudar o sistema de saúde inglês, criticam a sua nova diretriz orientada para o mercado, por ela negligenciar normas de bem-estar como o altruísmo e a solidariedade, e compreendem que a compaixão não atinge somente àqueles que são beneficiados por ela, mas também influenciam a sociedade como um todo. Para os autores, instituições de saúde que oferecem compaixão criam símbolos que ressoam nos indivíduos em suas próprias expectativas, motivações e atitudes.

Outros aspectos subjetivos, presentes na assistência à saúde nas mais variadas situações, contrariam a lógica do paradigma biomédico de que para obter eficácia é necessário ater-se a objetivação do cuidado. Edwards, Staniszweska & Crichton<sup>17</sup> identificaram três pressões psicossociais que trabalham em conjunto para quase padronizar a opinião dos entrevistados em pesquisas de satisfação após um tratamento. A primeira concerne à dominância do sistema de saúde, expressa na relação desigual entre médico e paciente, sendo permeada das experiências dos pacientes e suas respostas a elas. Muitas vezes os pacientes sentiram que tudo o que tinham a dizer ou pedir seria julgado ou considerado de menor valor, o que os levou a inibir suas perguntas e comentários. A segunda pressão vem de um tipo de etiqueta social, que os leva a não falar o que estão pensando e a expressar publicamente felicidade, inibindo a manifestação de percepções negativas. A terceira pressão está relacionada a respostas psicológicas dos próprios pacientes em relação ao seu futuro, eles preferiam olhar positivamente ao futuro.

Para Levy<sup>26</sup>, já que a razão da entrada de pessoas ao sistema de saúde vem do fato delas estarem doentes é importante avaliar os resultados para os pacientes dos tratamentos com eles realizados. No entanto, dentre as limitações da avaliação dos resultados de um tratamento está incluída a má compreensão entre a relação dos processos de cuidado com os resultados do tratamento. Normalmente apenas as principais consequências não intencionais do tratamento são relatadas, enquanto outros resultados do tratamento, menos desastrosos, não são registrados, ou seja, aqueles que podem ter um grande impacto na qualidade de vida. Os resultados do tratamento normalmente publicados incluem mortalidade, morbidade ou

medidas objetivas de gravidade da doença, mas o que importa para os pacientes é o estado funcional e a qualidade de vida. Muitas mudanças políticas implementadas em hospitais são projetadas para ter um impacto sobre os resultados do sistema sem considerar explicitamente os resultados para o paciente. O que leva a não ser possível discernir se as mudanças nos resultados dos sistemas têm efeito sobre os pacientes, seja benéfico ou prejudicial<sup>26</sup>.

Sabe-se que um dentre os requisitos considerados importantes para uma melhor atenção à saúde reprodutiva das mulheres em zonas rurais é a melhora da relação entre profissional e paciente, já que a má relação entre eles pode ocasionar a subutilização do serviço de saúde. De acordo com Wajid, White & Karim<sup>39</sup>, as pessoas procuram serviços mais distantes e caros, independente de sua situação econômica, quando percebem que estes oferecem melhores condições de cuidado.

Já nos casos de atendimento de pessoas que expressam o desejo de morrer é importante ressaltar a necessidade de uma resposta dos profissionais de saúde para as preocupações do paciente. Tal exploração e compreensão podem levar a uma apreciação de estratégias terapêuticas adequadas e abordagens clínicas que visam responder a estas preocupações, pois a abordagem necessária é aquela que procura compreender, ao invés de apenas de atuar sobre o pedido. Os pedidos dos pacientes envolvem um compromisso de comunicação sensível que poderiam ajudar a descobrir o significado para o paciente do desejo de morrer e se a afirmação é uma expressão de paz, tranquilidade, certeza, raiva, desespero, desesperança, ou outras formas de sofrimento. Assim, ouvir as razões do paciente em ter um desejo de morrer pode permitir ao profissional de saúde mobilizar intervenções apropriadas<sup>24</sup>.

Do ponto de vista das intervenções pelo sistema formal de cuidado deve-se ter em conta as tendências subjacentes da sociedade, especialmente em questões relacionadas a projetos de fim de vida. O desejo de manter o controle de sua própria vida pode resultar na relutância em usar os serviços de saúde, de forma que usuários podem adiar a utilizar sistemas médicos autoritários usando abordagens padronizadas. Na ausência de soluções médicas claras e eficazes para problemas relacionados com a demência a intervenção deve ser enraizada na compreensão das trajetórias de vida e das redes familiares disponíveis dos pacientes idosos<sup>12</sup>. Para residentes de lares de idosos, afirma Lopez<sup>27</sup>, a maior parte do sofrimento suportado por eles vem do tédio, da solidão e do desamparo e não da dor física. Então, uma mudança de perspectiva de atuação nestes ambientes envolve uma autocrítica

organizacional com vista a identificar e implementar formas de abordar as necessidades emocionais e sociais dos residentes

No caso da aplicação dos cuidados paliativos e o confronto com a impossibilidade de cura, a dificuldade de se falar sobre a morte e o *taboo* que a envolve são um desafio na comunicação entre paciente e clínico, que precisa ser tratado de forma mais adequada pelos médicos que cuidam de doentes terminais e suas famílias. Discutir sobre a morte propicia que pacientes e familiares participem ativamente das decisões de seu próprio cuidado<sup>42</sup>. O papel dos clínicos é reduzir o sofrimento e maximizar a qualidade de vida, já que é impossível prolongar a vida ou obter a cura em todos os casos. No entanto, para que isto aconteça, é preciso que o profissional tenha conhecimento sobre o que constitui uma interação interpessoal adequada com a pessoa que está morrendo, que esteja apto emocionalmente para lidar com o luto antecipado da família e com seus próprios sentimentos de dor após a morte de um paciente<sup>40</sup>.

Já o resultado da intervenção da aplicação de procedimentos técnicos em crianças internadas em hospitais, ou seja, a melhora da saúde da criança implica em elementos que vão além dos recursos técnicos/tecnológicos empregados nas ações de cuidado. Uma maior satisfação dos pais em relação ao tratamento e às instalações hospitalares, como também, as experiências anteriores com sua própria saúde e internações podem interferir negativa ou positivamente em sua avaliação e participação no tratamento dos filhos. O apoio dos pais à criança durante o percurso do tratamento interfere positivamente para os resultados obtidos. O mesmo acontece quando os pais se sentem apoiados, por não se encontrarem sozinhos acompanhando a criança, em consequência, eles têm experiências mais positivas em relação à aplicação de testes, exames, serviços da enfermagem e organização do hospital<sup>35</sup>.

Se, por um lado, a ampliação de estudos que abordam as subjetividades vem da consideração de que a racionalidade não é capaz de cobrir toda a esfera de forças na vida das pessoas, por outro, ainda acontece majoritariamente estudos centrados na compreensão dos processos sociais pelo ângulo racional e cognitivo, mesmo enriquecidos com abordagens não quantitativas e interpretativas<sup>9</sup>. Desta maneira, em trabalhos como os de Turner et al.<sup>38</sup> e Schouffoer, et al.<sup>32</sup> pode-se observar uma resposta distanciada de intervenção para aquilo que foge ao foco da doença em questão, pois mesmo considerando a presença de demandas subjetivas durante a aplicação de um determinado tratamento as intervenções observadas foram sempre tecnicamente orientadas. Este modelo de cuidado atribuído à biomedicina

divide a atenção em especialidades distintas, cada uma cuidando do seu tipo de problema de saúde, de forma que a intervenção para as demandas subjetivas ficou limitada à atenção psicológica ou psiquiátrica, não concebendo que possa haver algum tipo de participação de todos os profissionais envolvidos no acolhimento das necessidades do paciente.

Os estudos sociológicos que abordaram a utilização do cuidado característico das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) revelaram a existência de outra perspectiva de cuidado em saúde, que concilia a sociabilidade e a subjetividade nas suas ações. Os estudos empreendidos sobre este tema mostraram que as Práticas, em função de conceber holisticamente o sujeito atendido, contemplam um contato mais próximo entre cuidador e paciente nas suas ações, com maior atenção à história pessoal e a fatores emocionais implícitos no adoecimento, principalmente, com incentivo para o autoconhecimento das necessidades de saúde próprias a cada pessoa e a autonomia do sujeito na manutenção de seu cuidado.

Conjuntamente à perda de prestígio do modelo biomédico de atenção ocorre o aumento do interesse pela utilização das PIC como alternativa de cuidado<sup>6,45,56,57</sup>, em diferentes populações mundiais<sup>58,59,60,61,62</sup>. Algumas das justificativas para intensificação do uso das PIC são: a insatisfação com o modelo biomédico de atenção à saúde-doença; a procura de um novo tipo de relacionamento com o especialista/terapeuta; o desenvolvimento de novas subjetividades no contexto, que atribuem papel central a responsabilidade do indivíduo em seus cuidados de saúde; a busca de novos estilos de terapia, em geral mais suaves, holísticas e menos invasivas; os movimentos sociais relacionados com a *New Age*<sup>e</sup>; o descontentamento com o tratamento de doenças crônicas com os medicamentos alopáticos<sup>30</sup>; a maior variedade de cuidados a muitos problemas de saúde; a oferta facilitada de acesso aos cuidadores que prestam este serviço à comunidade; a maior eficácia em muitas intervenções da medicina ortodoxa; o maior conforto psicológico dos clientes com o seu uso<sup>23</sup>; o tratamento de grande parte dos problemas de saúde da população; o valor mais barato e acessível a toda a população; a maior integração à cultura local, com maior conhecimento dos cuidadores sobre as normas da comunidade em que trabalham; a melhor relação entre paciente e prestador de serviço<sup>25</sup>; a ajuda ao paciente para lidar com o *stress* e caos surgido de um diagnóstico de câncer, por exemplo; o tratamento com característica individualizada; o desenvolvimento de consciência e compreensão individual do processo do adoecimento, que

---

<sup>e</sup> Movimento cultural nascido nas décadas de 1960 e 1970, que buscava uma maior integração entre as pessoas e a natureza, valorizando a busca pela espiritualidade e contestando as religiões tradicionais e a medicina científica. Sua influência esteve na adoção das chamadas “medicinas alternativas”.

fortalece no decorrer do tratamento<sup>14</sup>; o descontentamento com tratamentos biomédicos e com a comunicação com os profissionais de saúde; a preferência a ter responsabilidade individual por sua saúde; a transformação pessoal e auto realização; a experiência negativa com tratamentos biomédicos; a resposta insatisfatória dada pelo profissional de saúde às preocupações a respeito dos medicamentos prescritos; a familiaridade com tratamentos alternativos dentro das redes sociais aos quais pertencem; a compreensão própria da segurança e eficácia das alternativas<sup>21</sup>; a visão de que a biologia e a cultura interagem como parceiras iguais na definição de quem e o que somos; os resultados clínicos mais eficazes com a adoção das PIC em conjunto com a prática convencional para conter problemas e erros da biomedicina; a doença vista como um desequilíbrio entre forças opostas de energia e de uma falha do poder restaurador do corpo; a ênfase à individualidade; a interação interpessoal com os pacientes; a subjetividade da experiência; o equilíbrio da energia e os comportamentos de vida preventivos<sup>33</sup>.

Nota-se que o uso das PIC é uma expressão contemporânea do entrelaçamento do cuidado com a subjetividade, que leva à necessidade de se fazer escolhas por outras formas de compreender o adoecimento e satisfazer a necessidade de cuidado, diferente da oferecida pelo modelo biomédico. Como afirma Tesser<sup>47</sup>, independente da avaliação de qual terapêutica possui a verdade diagnóstica e assumindo a possibilidade de haver mais de uma versão de diagnóstico para um mesmo adoecimento é possível que mais de uma racionalidade médica ou terapêutica, mais de uma tradição especializada em saúde-doença-cuidado, possam construir interpretações, oferecer coerência e veracidade permitindo intervenção nos adoecimentos de diferentes formas com eficácia.

## **Conclusão**

No desenvolvimento da clínica moderna o significado do substantivo cuidado foi naturalizado como aplicação técnica e tecnológica de procedimentos na esfera da saúde, com um maior reconhecimento social da sua especialização. Como consequência, houve um afastamento do seu sentido etimológico, que se refere a um ato feito com zelo, de atenção diferenciada por estar carregada de preocupação afetiva e, principalmente, de ser compreendido na sua dimensão social e de solidariedade entre pessoas na busca de manutenção da vida. Na contemporaneidade mudanças estão sendo concebidas visando

redefinir e qualificar as ações de cuidado, especialmente por compreender as maneiras como são expressas as sociabilidades e as subjetividades implícitas em qualquer interação social.

Os estudos anteriormente apresentados deixaram claro que o cuidado não pode mais ser visto apenas na sua forma aplicada, ele deve ser compreendido na dimensão interacional entre pessoas e é deste lugar que emerge os aspectos positivos ou negativos da sua qualificação. As relações sociais são permeadas de sentimentos, possam ser estes de pertencimento, de preconceito, de medo e de fragilidade diante do adoecimento, de felicidade por encontrar acolhimento, de ser reconhecido ou não na sua necessidade de cuidado.

Apesar de aumentar o número de autores que pontuam o desprestígio atual da clínica biomédica e a insatisfação com sua forma de intervenção, pode-se postular que há uma crise do cuidado e não da medicina. O questionamento da legitimidade do saber médico veio simultaneamente com o esvaziamento das suas ações de cuidado, assim há um vazio não preenchido pela ciência médica com sua técnica e tecnologia, um sentimento de insegurança diante da ajuda oferecida, uma falta de acolhimento ao sofrimento, que dê suporte na busca cotidiana pelo bem estar. Essa falta não é suprida pela especialização profissional e a consequente habilidade de nomeação da doença é até esvaziada pelo diagnóstico quando condena o indivíduo a um lugar de espectador passivo e dependente de um conhecimento que não alcança e que muitas vezes o faz se sentir ainda mais inseguro e isolado socialmente.

A ciência, a exemplo da religião, prometeu a libertação do sofrimento e não cumpriu. A medicina tenta de todas as formas aliviar a dor, confundindo-a com sofrimento e por meio do seu olhar limitado focado na doença, no sintoma e na padronização procedimental, não contempla com suficiente atenção a dimensão social e psíquica de quem é por ela atendido. E, quando o faz, limita-se ao encaminhamento para um especialista separando a pessoa em porções física, psíquica, social e espiritual.

As pessoas, desde o início da era moderna, têm sido treinadas a acreditar que a ciência é o único caminho para obter a “verdade” sobre si e buscam pelo diagnóstico ou pelo tratamento respostas para aquilo que não compreendem e alívio para o que sentem. Ao procurar o profissional de saúde a doença passa a ser definida como entidade fisiopatológica, devidamente localizada e nomeada, a ser tratada com o uso do aparato médico. Ela deixa de fazer parte da vida do sujeito, reflexo do seu caminhar, parte da sua história, mas, ao mesmo tempo, sua expressão subjetiva denuncia que parte do processo não é físico e não pode ser tratado apenas como tal. O tratamento oferecido à doença, estabelecido a partir da queixa, da

sintomatologia, do diagnóstico, independente da sua eficiência clínica, não atende à demanda não nomeada, mas apenas o sintoma presente na hora do atendimento.

O que o paciente nem sempre sabe nomear de si mesmo e busca encontrar no cuidado profissional, para que o outro na potência do seu saber lhe ajude, só é encontrado por um cuidado que acolha conjuntamente sua subjetividade e o reintroduza na esfera social da vida, parcialmente comprometida pela enfermidade. O que se busca no cuidado não está somente na aplicação técnica/tecnológica profissionalizada, pois o cuidado que se busca também está na interação com alguém significativo e pelo autorreconhecimento que ela desencadeia no suporte, acolhimento e empatia, vindos de outro ser humano que, por ser igual ao paciente, dá exemplo e o acalma quanto à perda do controle de si e a angústia que acompanha o adoecimento.

A constatação nos estudos sociológicos de que as redes sociais são fundamentais para o resultado das ações do cuidado possibilitaram a compreensão de que o cuidado e a sociabilidade estão intrinsicamente relacionados e que as ações em indivíduos isolados pautadas apenas na objetividade técnica sem capacidade de oferecer acolhimento empático não oferecem os melhores resultados. O oposto, aquilo que se dá nas relações interpessoais horizontais, características da sociabilidade primária, foi mais facilmente identificado como cuidado adequado. Isto demonstra a necessidade de mesclar a sociabilidade secundária com a primária, a expertise técnica do profissional de saúde com a solidariedade entre membros de uma rede social, para ampliar a qualificação das ações de atenção à saúde.

O médico é treinado a ser objetivo na sua análise diagnóstica e prescritiva, o que aparentemente lhe daria maior capacidade de exercer sua função de cuidador. Para sustentar esta postura é necessário não se envolver com tudo aquilo que foge à sua aplicação técnica, porém, um modelo de cuidado que não acolhe a subjetividade de quem procura assistência não é capaz de ser eficiente como deseja. Por trás dos elementos subjetivos, nem sempre verbalizados pelo paciente e compreendidos pelo técnico, está um importante motivo pela busca por um profissional de saúde e um diagnóstico. Esta motivação não tem sido contemplada adequadamente pela medicina científica quando a objetividade diagnóstica e a busca da patologia suplantam uma escuta acolhedora e empática, pois, então, a pessoa sente-se tão objeto quanto são objetivas as ações que visam apenas à identificação e categorização da doença.

Os artigos de cunho mais sociológico sobre o cuidado que foram analisados neste texto denunciam o que ainda não ficou claro para a medicina científica, pois a expectativa de quem procura o sistema de saúde não é só a de receber o título de portador de determinada doença, o que no futuro uma máquina automatizada talvez seja capaz de fazer, mas de identificar um lugar em que possam ser vistos e compreendidos para além da dor física, onde possa ser acolhido seu sofrimento, a insegurança e os sentimentos que o acompanham.

Numa sociedade justa em que todos tenham acesso aos bens sociais o cuidado pode ser compreendido como direito e solidariedade, sustentado por todos os cidadãos e devotado a todos eles. Por isso, apenas o uso da técnica e da tecnologia não dá substância ao cuidado, pois a solidariedade, o acolhimento e a empatia, sentidos primordiais de quem cuida, são os recursos fundamentais da construção de sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras esperada por quem procura ser cuidado.

## **Referências**

1. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
2. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
3. Illich I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
4. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
5. Pescosolido BA. Of Pride and Prejudice: The Role of Sociology and Social Networks in Integrating the Health Sciences. *Journal of Health and Social Behavior*. 2006; 47(3): 189-208.
6. Giddens A. *Sociologia*, 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
7. Andersen RS, et al. Does the organizational structure of health care systems influence care-seeking decisions? A qualitative analysis of Danish cancer patients' reflections on care-seeking. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2011; 29(3): 144-149.
8. Bahar Z, et al. The Effects of Islam and Traditional Practices on Women's Health and Reproduction. *Nursing Ethics*. 2005; 12(6): 557-570.

9. Basu AM. The Emotions and Reproductive Health. *Population and Development Review*. 2006; 32(1): 107-121.
10. Brown P, Flores R. Making normative structures visible: The British National Health Service and the hospice movement as signifiers of compassion and hope. *Acta Sociologica*. 2011; 54(1): 61-75.
11. Burkhart L, Hogan N. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. *Qualitative Health Research*. 2008; 18(7): 928-938.
12. Carpentier N. Entry Into a Care Trajectory: Individualization Process, Networks, and the Emerging Project. *SAGE Open*. 2013; 3(2): 1-9.
13. Carpentier N, Grenier A. Successful Linkage Between Formal and Informal Care Systems: The Mobilization of Outside Help by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease. *Qualitative Health Research*. 2012; 22(10): 1330-1344.
14. Daykin N, McClean S, Bunt L. Creativity, identity and healing: participants' accounts of music therapy in cancer care. *Health*. 2007; 11(3): 349-370.
15. Denier Y. Mind the gap! Three approaches to scarcity in health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008; 11(1): 73-87.
16. Dovidio JF, et al. Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. *Social Science and Medicine*. 2008; 67(3): 478-486.
17. Edwards C, Staniszewska S, Crichton N. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health and Illness*. 2004; 26(2): 159-183.
18. Farrant B, Watson PD. Health care delivery: Perspectives of young people with chronic illness and their parents. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 2004; 40(4): 175-179.
19. Ferlander S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica*. 2007; 50(2): 115-128.
20. Fine M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*. 2005; 41(3): 247-266.

21. Freidin B, Timmermans S. Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. *Qualitative Health Research*. 2008; 18(1): 43-55.
22. Greenhalgh T, Robb N, Scambler G. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science and Medicine*. 2006; 63(5):1170-1187.
23. Gyasi RM, et al. Public Perceptions of the Role of Traditional Medicine in the Health Care Delivery System in Ghana. *Global Journal of Health Science, Toronto*. 2011 Oct; 3(2): 40-49.
24. Hudson PL, et al. Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. *Palliative Medicine*. 2006; 20(7): 703-710.
25. Isola OI. The "relevance" of the african traditional medicine (alternative medicine) to health care delivery system in Nigeria. *The Journal of Developing Areas, Nashville*. 2013; 47(1): 319-338.
26. Levy AR. Categorizing Outcomes of Health Care Delivery. *Clinical and Investigative Medicine, Ottawa*. 2005 Dec; 28(6): 347-50.
27. Lopez SH. Emotional Labor and Organized Emotional Care: Conceptualizing Nursing Home Care Work. *Work and Occupations*. 2006; 33(2): 133-160.
28. Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociology of Health and Illness*. 2008; 30(5): 711-725.
29. Prior L. Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociol Health Illn*. 2003; 25: 41-57.
30. Saizar M, Korman G. Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *SAGE Open*. 2012; 2(3): 1-13.
31. Salvalaggio G, et al. Patient–Provider Rapport in the Health Care of People Who Inject Drugs. *SAGE Open*. 2013; 3(4): 1-13.
32. Schouffoer AA, et al. Needs and preferences regarding health care delivery as perceived by patients with systemic sclerosis. *Clinical Rheumatology, Heidelberg*. 2011 Jun; 30(6): 815-24.

33. Shuval JT, et al. Integrating CAM and Biomedicine in Primary Care Settings: Physicians' Perspectives on Boundaries and Boundary Work. *Qualitative Health Research*. 2012; 22(10): 1317-1329.
34. Smith GC. From Consultation–Liaison Psychiatry to Integrated Care for Multiple and Complex Needs. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009; 43(1): 1-12.
35. Solheim E, Garratt AM. Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: results of a Norwegian national survey. *BMC Health Services Research*, London. 2013; 13: 1-12.
36. Sorensen, R.; Iedema, R. Redefining accountability in health care: Managing the plurality of medical interests. *Health*. 2008; 12(1): 87-106.
37. Spates K. “The Missing Link”: The Exclusion of Black Women in Psychological Research and the Implications for Black Women’s Mental Health. *SAGE Open*. 2012; 2(3): 1-8.
38. Turner BJMDM, et al. Relationship of gender, depression, and health care delivery with antiretroviral adherence in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, New York. 2003; 18(4): 248-57.
39. Wajid A, White F, Karim MS. Community Health Workers and Health Care Delivery: Evaluation of a Women's Reproductive Health Care Project in a Developing Country. *PLoS One*, San Francisco. 2013 Set; 8(9): 1-10.
40. Weeber SC. Death, Grief, and the Home Health Worker: A Systems Approach. *Home Health Care Management & Practice*. 2005; 17(5): 358-364.
41. Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2007; 13(6): 643-50.
42. Zimmermann C, Rodin G. The denial of death thesis: sociological critique and implications for palliative care. *Palliative Medicine*. 2004; 18(2): 121-28.
43. Campos GWS, Bedrikow R. *História da Clínica e Atenção Básica – o desafio da ampliação*. 1. Ed. São Paulo: Huitec; 2014.

44. Luz MT. « Impactos da tecnociência nos saberes, na cultura da vida e saúde », Forum Sociológico [Online], 24 | 2014(a), posto online no dia 01 Novembro 2014. <http://sociologico.revues.org/1007>. (Acessado em 21/Ago/2015).
45. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 15(Suplemento): 145-76.
46. Camargo Jr KR. A biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 15(Suplemento): 177-201.
47. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 17(3): 465-484.
48. Martines WL, Machado AL. Produção de cuidado e sociabilidade. *Rev Bras Enferm.* Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 328-33.
49. Frúgoli Jr H. Sociabilidade urbana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
50. Castel R. As metamorfoses da questão social. Petrópolis: Vozes; 1998.
51. Parsons T. *The social system*. Glencoe, Free Press.; 1951.
52. Luz MT. *As Instituições Médicas no Brasil*. 2 ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014 (b).
53. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 2002.
54. González Rey F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psic. da Ed.* 2007; 24: 155-179.
55. Martines WL, Machado AL. Produção de cuidado e sociabilidade. *Rev Bras Enferm.* Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 328-33.
56. Barros NF. *Medicina complementar uma reflexão sobre o outro lado da prática*. São Paulo: Annablume: FAPESP; 2000.
57. Barros NF. *A construção da medicina integrativa*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
58. House of Lords. Science and Technology Committee. *Complementary and Alternative Medicine. Sixth Report* 21 November 2000. <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12302.htm#a1>. (Acessado em 23/Ago/2014).

59. NCCAM. Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine. The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States; December 2008. [http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey\\_fs1.htm](http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm). (Acessado em 23/Ago/2014).
60. Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2007; 13(6): 643-50.
61. Organização Mundial da Saúde. The word medicines situation – Tradicional medicines: global situation, issues and challenges; 2011. <http://digicollection.org/hss/en/m/abstract/Js18063en/>. (Acessado em 20/Ago/2013).
62. Organização Mundial da Saúde. Tradicional Medicine Strategy; 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1). (Acessado em 16/Março/2014).

## Capítulo 4

### Gestão do Cuidado: Propostas e Aperfeiçoamento

#### Resumo:

Ainda que o cuidado em saúde seja compreendido como uma atenção individual às necessidades de um sujeito, ele também precisa ser contemplado em sua dimensão gerencial, naquilo que concerne à organização do sistema de assistência à saúde para atender às necessidades da coletividade. Assim, ao se tratar do nível gerencial do cuidado, faz-se necessário o reconhecimento de três fatores que o influenciam, quais sejam: o acesso aos sistemas de saúde; a qualificação da sua operacionalidade; e a resolubilidade da amplitude das demandas trazidas pelos diversos atores envolvidos nas ações de cuidado. Este trabalho analisou estas implicações nas relações de cuidados pela interface entre as áreas da sociologia e da saúde, a partir de 35 artigos selecionados em uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST), no período entre 2003 e 2013. Observou-se que os estudos que discutiram o gerenciamento das ações de cuidado à saúde com um referencial sociológico o abordaram contemplando três níveis de atenção: o acesso ao cuidado nos serviços de saúde, a estruturação das redes formais de cuidado para ofertar maior apoio à população e a avaliação das ações de cuidado em saúde. Conclui-se, que a multifacetada demanda de cuidados dos atores envolvidos na assistência à saúde exige diversificados modelos de atuar na gestão do cuidado. Portanto, modelos pré-fabricados de gestão, não conseguem atender as expectativas implícitas nos diversos processos de saúde, doença e cuidado.

## Introdução

Ainda que o cuidado em saúde seja compreendido como uma atenção individual às necessidades de um sujeito, ele também precisa ser contemplado em sua dimensão gerencial, naquilo que concerne à organização do sistema de assistência à saúde para atender às necessidades da coletividade. Assim, ao se tratar do nível gerencial das ações de cuidado em saúde, se faz necessário o reconhecimento de três fatores que o influenciam. Em primeiro lugar, como a população obtém acesso aos sistemas de saúde, em segundo, qual a qualificação da sua operacionalidade e, em terceiro, se foram contempladas a amplitude das demandas trazidas pelos diversos atores que estão envolvidos nas ações de cuidado.

A gestão do cuidado em saúde, para Cecilio<sup>1</sup>, pode ser definida como: “o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (p. 589). O autor desenvolveu uma análise de cinco dimensões, que considera interligadas e necessárias para se obter a gestão do cuidado em saúde, são elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

A dimensão individual estaria colocada no centro de todas elas e tem como expressão a capacidade ou potência de cada um cuidar de si e de fazer escolhas produzindo um modo singular de viver. Compreende que esta individualidade e autonomia, para fazer escolhas, podem ser traduzidas como a conquista do viver plenamente a vida, escapando das determinações sociais mais amplas a que todos estão submetidos, em maior ou menor medida. A esfera familiar é concebida como o “mundo da vida”, em que há interferência de pessoas próximas (família, amigos e os vizinhos) na relação entre cuidador e cuidado. Já a profissional trata do encontro entre o usuário e os profissionais do sistema de saúde e tem a regência de três elementos principais, com mais ou menos possibilidade de produzir um cuidado satisfatório às necessidades do usuário. Depende da competência técnica e da capacidade de dar resposta aos problemas vividos pelo usuário, da ética profissional ao mobilizar o que sabe e o que pode fazer para atender da melhor forma possível e da construção de vínculo com quem está sendo cuidado.

A próxima dimensão do cuidado está relacionada à organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, na definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, que delimitará a ação cooperativa do

trabalho em equipe e das atividades de coordenação e comunicação. Por sua vez, a dimensão sistêmica trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, para compor redes que favoreçam a construção de um cuidado integral. Por último, a dimensão societária trata de como é pensado o papel do Estado na produção de políticas públicas em geral e as de saúde em particular<sup>1</sup>.

Pela questão societária, o acesso ao cuidado em saúde está na dimensão do direito à vida, do pacto social e do grau de solidariedade que cada coletividade destina aos seus membros. O seu exercício, ou não, está diretamente ligado à política social de cada país, suas leis e diretrizes e se expressa pela destinação de recursos materiais e humanos para sua efetivação<sup>2</sup>.

As sociedades empreendem formas diferentes de acesso aos bens sociais e no caso da saúde pode haver a universalização do atendimento, a equidade na atenção às diferentes demandas e/ou a comercialização do acesso aos serviços. Entretanto, processos de discriminação e de exclusão estão sempre presentes nas discussões do direito à saúde<sup>3,4,5</sup>. Segmentos da população com menos recursos financeiros têm sido as maiores vítimas da falta de recursos para o seu cuidado à saúde, mesmo em sociedades consideradas avançadas social e tecnologicamente. A população em situação de rua, invariavelmente, serve como exemplo de receber discriminação ao acesso ao cuidado e de obtê-lo com menor qualificação de suas ações<sup>6</sup>.

Outros fatores intervenientes têm criado dificuldades não só ao acesso, mas também, à operacionalização do gerenciamento das ações de cuidado à saúde, especialmente no que concerne a uma assistência em saúde que contemple com amplitude às necessidades dos vários atores envolvidos nos processos de saúde, doença e cuidado, sejam eles usuários, seus cuidadores ou profissionais. Dentre estes fatores está a concepção técnica e tecnológica de atenção à saúde advinda da biomedicina, baseada na utilização de recursos materiais e humanos com alto custo financeiro, o que inviabiliza ou restringe quem terá o acesso e o tipo de atenção ofertada. Um outro fator a ser observado advém da característica de atenção própria do modelo biomédico, que, por estar polarizado no tratamento à doença, não consegue suprir outras expectativas de atenção implícitas nos processos de adoecimento, o que causa insatisfação por parte de quem é atendido<sup>7,8,9,10</sup>.

O gerenciamento em saúde com sua multidimensionalidade, portanto, assume um lugar central nas reflexões do campo da saúde e este capítulo visou apreender com que

referencial foi concebido o gerenciamento das ações de cuidado à saúde, pelo ponto de vista da literatura indexada na interface entre sociologia e saúde.

## **Metodologia**

Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), intitulada: *Os Sentidos dos Cuidados em Saúde*, a partir dos descritores "Assistência à saúde" or "Prestação de Assistência à Saúde" or "Prestação de Cuidados de Saúde" or "Prestação de Assistência Odontológica" or "Prestação de Cuidados Odontológicos" or "Cuidados de Saúde" or "Cuidados de Assistência à Saúde" or "Rede de Cuidados Continuados de Saúde" AND "Sociologia Médica" na Biblioteca Virtual em Saúde e seus correspondentes em inglês "Delivery of Health Care" or "Health Care Delivery" or "Health Care Systems" or "Delivery of Dental Care" or "Health Care" and "Sociology, Medical" nas bases de dados que contemplam artigos da área da saúde: PubMed; Scopus; Embase; Web of Science; Francis (OVID); ProQuest Central; Academic Search Premier (EBSCO HOST). E com os descritores *Care or Health or Healthcare and (abstract) Sociology* nas bases de dados que contemplam artigos das ciências sociais: Jstor e Sage. Os descritores utilizados visaram mapear o tema cuidado na interface entre as áreas da sociologia e da saúde.

A pesquisa nas bases de dados foi efetuada em outubro de 2014. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter sido publicado no período entre 2003 e 2013; ser um artigo científico indexado; ser publicados em português, espanhol ou inglês; ter um dos descritores no título e no resumo nas bases de dados da área da saúde e ter os descritores no título ou no resumo nas bases de dados das ciências sociais. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não fossem de acesso aberto ou não disponibilizados no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), artigos de revisão de literatura, carta, editorial, dissertação ou tese, artigos que não oferecessem acesso integral aos textos.

O número total de artigos encontrados foi de 852 e com a aplicação de filtros que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão chegou-se em 262 textos. Na sequência, fez-se uma leitura inicial da íntegra dos textos selecionados pelos descritores buscando aqueles que abordavam o tema cuidado em alguma esfera, resultando em 202 textos. Para o aprofundamento do tema, em uma segunda leitura, restringiu-se o universo àqueles que abordavam a temática cuidado de forma central em sua discussão, resultando em 63 textos. Estes foram classificados em cinco categorias temáticas sendo que a categoria nomeada de

*Melhorias na aplicação do cuidado pelos sistemas de saúde* foi utilizada para este trabalho. O grupo selecionado para análise, circunscrito por 35 artigos ganhou a denominação de “Gestão do cuidado: propostas e aperfeiçoamento” e foi composto pelos seguintes trabalhos: Martins<sup>11</sup>; Kim, Farmer e Porter<sup>12</sup>; Prusvic, Pavlikova<sup>13</sup>; Brown e Flores<sup>14</sup>; Zweifler, Prado e Metchnikoff<sup>15</sup>; Oh<sup>16</sup>; Howell<sup>17</sup>; Grinwis, Smith, Dannison<sup>18</sup>; Carpentier, Grenier<sup>19</sup>; Carpentier<sup>20</sup>; Anderson et al.<sup>21</sup>; Kwan et al.<sup>22</sup>; Clark, Moss<sup>23</sup>; Schouffoer et al.<sup>24</sup>; Engqvist et al.<sup>25</sup>; Smith<sup>26</sup>; Sorensen, Iedema<sup>27</sup>; Hudson<sup>28</sup>; Mugavero, Norton, Saag<sup>29</sup>; Periyakoil<sup>30</sup>; Levy<sup>31</sup>; Williams, Tai, Lei<sup>32</sup>; Farrant, Watson<sup>33</sup>; Solheim, Garratt<sup>34</sup>; Wajid, White, Karim<sup>35</sup>; Ogunrin, Ogunrin, Akerele<sup>36</sup>; Isola<sup>37</sup>; Keshet<sup>38</sup>; Huggle, Haas, Benseler<sup>39</sup>; Suwankhong, Liamputtong, Runbold<sup>40</sup>; Turner et al.<sup>41</sup>; Freidin, Timmermans<sup>42</sup>; Saizar, Korman<sup>43</sup>; Gyasi et al.<sup>44</sup>.

Na sequência são apresentadas três perspectivas de abordagem do cuidado em saúde que ampliam a discussão sobre a gestão do cuidado nos serviços de assistência à saúde. Para isto foram utilizados, principalmente, os referenciais encontrados nos 35 textos selecionados e outros pertencentes à literatura da área da saúde, que serviram de apoio para se estabelecer uma análise sobre: o acesso ao cuidado nos serviços de saúde, a estruturação das redes formais de cuidado para ofertar maior apoio à população e a avaliação das ações de cuidado em saúde.

### **O acesso ao cuidado nos serviços de saúde**

Os trabalhos que apresentaram a discussão sobre o acesso aos sistemas de saúde trouxeram diferentes abordagens sobre o tema e três níveis de atenção foram identificados: 1 – quem tem acesso ao sistema de saúde; 2 – qual a estruturação oferecida para o acesso; 3 – a qualidade do acesso sendo prejudicada por interesses políticos e econômicos.

No nível considerado básico, relacionado à possibilidade de entrada ao sistema de saúde por todas as pessoas, houve a constatação de que alguns segmentos da população não receberam atenção à saúde compatível com o grau preconizado nos documentos veiculados pela Organização das Nações Unidas – ONU<sup>2</sup>. O acesso aos sistemas de saúde como o primeiro nível do gerenciamento das ações de cuidado à saúde foi aqui concebido pelo necessário deslocamento para a coletividade da percepção individual comumente tida sobre o cuidado. Da mesma forma foram ampliados os significados atribuídos ao substantivo cuidado, de atenção zelosa por alguém e de apoio social intenso para a manutenção da vida, para a rede de serviços de assistência à saúde.

Neste sentido, no trabalho de Martins<sup>11</sup> foi reconhecida a existência de uma triagem social limitando o acesso aos serviços pela população em situação de rua, o fato de serem rotulados e estigmatizados, assim como tratados com desrespeito, e o sentimento de serem invisíveis para os profissionais que exercem a função de cuidado. Como foi observado por Hallais e Barros<sup>6</sup> é necessário haver orientação das ações institucionais para a integração social, o que contribuiria para uma mudança estrutural visando à superação do distanciamento imposto pela discriminação social, que impede o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

O nível básico de atenção também está presente no trabalho de Kim, Farmer e Porter<sup>12</sup>, que relata uma proposta de melhorar a prestação de cuidados de saúde para as populações mais pobres do mundo, considerando que sistemas de prestação de cuidado bem projetados contribuem como recursos para o desenvolvimento econômico local. O seu trabalho faz um contraponto às medidas atuais de redução de destinação de recursos financeiros para os sistemas de saúde, baseadas na alegação de serem economicamente inviáveis<sup>13</sup>, pois relacionam maior investimento no cuidado em saúde com crescimento econômico<sup>12</sup>.

O segundo nível de atenção foi percebido nos trabalhos que discutiram o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde e a ampliação do atendimento a um número maior de pessoas. O gerenciamento das ações de cuidado à saúde pôde ser compreendido por uma estruturação do Estado visando à ampliação da oferta de assistência à saúde e um comprometimento com a promoção da solidariedade social.

No artigo de Brown e Flores<sup>14</sup>, foi postulada a importância de haver a presença, nos serviços de saúde, de sentimentos como compaixão e esperança para o desenvolvimento de uma sociedade comprometida com o cultivo da justiça social e da dignidade humana. Houve o entendimento de que reagir emocionalmente, no sentido de se compadecer com o infortúnio do outro, ao ser incorporado como código de conduta dentro das experiências socializadas de determinados contextos normativos de cuidados, gera reciprocidade, que por sua vez, favorece a atuação dos atores sociais em prol da compaixão na sociedade como um todo.

Já Zweifler, Prado e Metchnikoff<sup>15</sup>, analisando a ampliação de acesso ao cuidado por uma nova estruturação dos serviços de saúde, acreditaram ser possível a criação nos Estados Unidos da América de um sistema de saúde efetivo e com financiamento público,

aproveitando a estrutura já existente, na atenção primária, dos centros comunitários de saúde e de hospitais públicos e universitários. Incentivos adequados e equilibrados podem ser construídos em relação aos salários para premiar a eficácia e a eficiência e para alinhar os incentivos clínicos com objetivos organizacionais através da incorporação de pagamentos parcialmente baseados na qualidade, nos custos dos cuidados, e no número de pacientes atendidos.

O terceiro nível de discussão sobre o acesso percebido nos textos selecionados abordou como os interesses financeiros e/ou políticos podem intervir na qualidade com que o Estado gerencia ou terceiriza a organização das ações de cuidado em saúde. Os dois trabalhos aqui apresentados posicionaram-se desfavoravelmente ao sistema político liberal e a intermediação do sistema privado para a prestação do cuidado à saúde dos cidadãos.

O artigo escrito por Oh<sup>16</sup> avaliou a relação entre médico e paciente num ambiente de atenção à saúde privado, onde se estabeleceu relações monetárias para acesso ao cuidado e houve a intermediação de empresas de seguros e afins na determinação de qual procedimento era coberto pelo plano de saúde. Como resultado foi observado que ambas as partes esforçaram-se positivamente em prol de alcançar seus objetivos individuais, mesmo assim houve conflito nas transações financeiras e descontentamento dos pacientes. O autor, referenciado por teorias sociológicas que estudam as relações financeiras no cuidado à saúde, considerou não serem válidas as três afirmações: os domínios econômico e social são distintos; as relações financeiras no âmbito da saúde diferem de outros tipos de relação fornecedor/consumidor; o dinheiro não é um meio neutro para estabelecer relações de interesse mútuo. Oh<sup>16</sup> concluiu que os resultados refletiram uma profunda ironia das relações contemporâneas entre médico e paciente dentro de um sistema de saúde privatizado. Mesmo havendo estratégias utilizadas pelo paciente e pelo médico para evitar uma relação fornecedor-consumidor, as mudanças organizacionais que ocorreram ocasionaram conflitos em relação ao dinheiro, em função da não atenção imposta pelos administradores dos planos de saúde à total necessidade de cuidados de vários utilizadores do serviço. Assim, na tentativa de gerir as consequências deste conflito, os pacientes e os médicos acabaram por assumir mais fortemente as características da relação entre consumidores e prestadores de serviços, em que o dinheiro é o cerne da relação.

O trabalho de Howell<sup>17</sup> critica a atuação de governança da política liberal, em conjunto com as disciplinas “psi”, especialmente a psiquiatria, e a indústria farmacêutica, na

atenção à saúde mental no âmbito das intervenções internacionais. Enfatiza que a escolha do modelo de intervenção vem carregada de um discurso de promoção da segurança da população, justificando uma ação arbitrária baseada na distribuição dos pacientes com sofrimentos mentais de acordo com os interesses políticos do governo e/ou da indústria farmacêutica e utilizando a autoridade técnica conferida às disciplinas “psi” para isso. Para alguns é designada a necessidade de institucionalização, sem qualquer expectativa de reabilitação e retorno ao convívio na sociedade, para outros se encaminha para um cuidado no âmbito da comunidade. O autor considera que a reinserção na comunidade não está diretamente atrelada às ações de resistência ao modelo “hospitalocêntrico”, já que foram identificados como aptos para tal intervenção os pacientes psiquiátricos/consumidores, demonstrando que a indicação de convívio social não visa à autonomia dos sujeitos, levando-os a serem tutelados continuamente.

Estes trabalhos trouxeram a compreensão de que a dimensão do cuidado à saúde como um direito restringe-se quando ele passa a ser alvo de interesses políticos e econômicos, sendo que, em muitos casos, o Estado fica omissos da responsabilidade de administrar e limitar os interesses de grupos econômicos e de garantir o acesso ao cuidado da população como um bem social acima de qualquer interesse econômico.

### **Estruturação das redes formais de cuidado para apoio à população**

Os artigos que trouxeram essa temática fizeram propostas direcionadas para a estruturação das redes de cuidado formais intencionando a oferta de um cuidado mais compatível com as necessidades dos sujeitos atendidos nos sistemas de saúde. Três destes trabalhos<sup>18,19,20</sup> propuseram uma melhor integração entre os profissionais da saúde e os cuidadores informais, para fins preventivos ou apoio a tratamentos de doenças crônicas, o que remete a dimensão da família na gestão do cuidado considerada por Cecílio<sup>1</sup>.

Grinwis, Smith e Dannison<sup>18</sup>, em uma perspectiva intergeracional de cuidado, afirmam que o profissional da saúde tem uma posição vantajosa para minimizar os impactos à saúde dos avós, que exercem a função de cuidadores de seus netos, oferecendo ajuda educacional, apoio, informação e ligação com a rede de serviços. Já Carpentier e Grenier<sup>19</sup> discutem a necessidade de se promover mudanças no modelo de cuidado de tratamento de doenças crônicas, especialmente na integração entre os cuidadores formais e informais. Saindo de um modelo de intervenção polarizado nas necessidades prementes e urgentes do

paciente, para um que inclui um componente de apoio permanente e que considere a competência dos cuidadores e de suas famílias para repensar os programas de prestação de cuidado. Os autores questionaram os princípios de gestão pautados em eficiência dos sistemas de saúde, por não serem aplicáveis em situações nas quais não houve reconhecimento social entre cuidadores e profissionais e estabelecidos laços de confiança. Acreditam que reformas nos sistemas de prestação cuidado para doenças crônicas exigem uma melhor compreensão de como são formadas as relações sociais que possam incentivar a cooperação entre os vários participantes do processo, o que não pode ser alcançado enquanto os valores relacionais ficarem concentrados exclusivamente no conhecimento especializado e em modos racionais de operacionalizá-lo.

Na mesma linha, o artigo de Carpentier<sup>20</sup> salienta que os programas formais de assistência à saúde precisam evitar o colapso da rede de cuidados informais. Os profissionais devem ser capazes de criar espaços de diálogo e de participação dos utilizadores do serviço, gerir desacordos, apoiar a existência de diversas opções e incentivar pequenas ações que tragam para mais próximo os membros das redes de cuidado. O autor acredita que os vínculos entre todos esses atores sociais devem, contudo, ser dirigidos a obter uma compreensão de como os serviços podem ser coordenados. Além disso, é essencial, para prestar assistência às redes de cuidados informais, que estas integrem os serviços de saúde pública, independentemente do estágio da doença da pessoa.

Os demais textos que compusera este grupo fizeram propostas mais pontuais para a estruturação das redes de cuidado formais. Oito tiveram como objetivo sugerir mudanças na aplicação do cuidado ou na prevenção a determinados problemas de saúde, tais como: câncer de mama<sup>21,22</sup>; consumo excessivo de álcool na adolescência<sup>23</sup>; esclerose sistêmica<sup>24</sup>; psicose pós parto<sup>25</sup>; pacientes em condição de multimorbidade<sup>26</sup>; pacientes que expressam desejo de morrer<sup>27</sup> e pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva<sup>28</sup>. Estes artigos compreenderam a necessidade de aumentar a informação do paciente a respeito do seu adoecimento por meio medidas educativas com uma maior participação dos profissionais de saúde, conceberam que os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com o seu próprio sofrimento ao lidar com o do paciente, entenderam a necessidade de haver interdisciplinaridade para melhor satisfazer as necessidades do paciente, especialmente aquelas de cunho psicológico, e demonstraram preocupação com a qualidade da relação entre o profissional e o paciente.

Já os últimos quatro artigos propuseram medidas gerais na organização do cuidado, como: o uso de estratégias para melhorar a adesão ao cuidado do paciente portador do vírus HIV<sup>29</sup>; a necessidade de ampliar a utilização de atenção psicossocial e não só polarizar no avanço tecnológico<sup>30</sup>; o uso de três tipos de avaliação das ações do cuidado pelos sistemas de saúde que contemplem os resultados para os pacientes, os resultados do tratamento em si e os resultados para o sistema como um todo<sup>31</sup> e, por último, a criação de uma técnica de modelagem quantitativa para avaliar o desempenho do cuidado em saúde<sup>32</sup>.

A força destes trabalhos está na concepção de cuidado implícita na sua discussão, neles subentende-se que o gerenciamento das ações de cuidado à saúde deve ter um comprometimento com a gama de necessidades que compõe os processos de adoecimento e busca de cuidados da população. Para tanto é preciso haver medidas estruturais nos serviços de saúde e preparo dos profissionais para oferecer uma atenção compatível a demanda de assistência. Mesmo quando se tratou de discutir a atenção para uma determinada patologia, o foco não ficou restrito na avaliação de custo e eficácia da aplicação de um procedimento específico, concebeu-se outras necessidades e possibilidades para a aplicação do cuidado.

### **Avaliação do cuidado em saúde**

A maior parte dos artigos avaliaram três diferentes esferas do cuidado à saúde, sendo que seis artigos avaliaram o cuidado pela perspectiva dos usuários e profissionais, três artigos analisaram como o cuidado é efetuado no sistema de saúde e outros cinco artigos analisaram a escolha ou a indicação dos procedimentos aplicados nos tratamentos de saúde.

Dos seis trabalhos que focaram na gestão das pessoas, três buscaram compreender a expectativa dos usuários em relação ao cuidado oferecido pelos profissionais e os serviços de saúde<sup>33,34,35</sup> os outros três avaliaram as opiniões dos profissionais a respeito da prestação de cuidados<sup>36,37,38</sup>.

Nos artigos que abordaram as expectativas dos usuários, o estudo feito por Farrant, Watson<sup>33</sup> (2004) com jovens com doenças crônicas e seus pais avaliou o que eles valorizaram como qualidades de cuidado dos profissionais de saúde e também quais foram suas percepções sobre o serviço. Tanto os jovens como seus pais consideraram ser mais importante a honestidade, escuta e confidencialidade, do que ter um profissional da mesma idade, gênero ou etnia a frente do cuidado. Tanto os jovens como os pais gostariam de discutir uma gama mais ampla de temas de saúde com o profissional, especialmente, nas visitas

clínicas, e também tratar de questões de saúde mental. Houve interesse também de poder contatar mais facilmente os profissionais e ter menos tempo de espera para o atendimento. Os autores salientam que os achados da pesquisa servem de lembrete para os serviços e seus profissionais, pois, para muitas pessoas, os cuidados de saúde não são limitados ao cuidado da doença, mas abrangem domínios mais vastos do que meramente o tratamento ou a ausência da doença.

Já o trabalho de Solheim e Garratt<sup>34</sup> foi um estudo quantitativo que propôs mudanças no atendimento dos pais de crianças com asma internadas em hospitais, utilizando como base a avaliação da satisfação em relação ao tratamento dos filhos. Concluíram que a melhora da saúde da criança estava implicada numa maior satisfação dos pais em relação ao tratamento e às instalações hospitalares. As experiências dos pais com sua própria saúde e internações interferiam negativa ou positivamente em sua avaliação, sendo que os pais que não se encontravam sozinhos durante o acompanhamento da criança tiveram experiências mais positivas em relação à aplicação de testes, exames, serviço da enfermagem e organização do hospital.

Wajid, White e Karim<sup>35</sup> detectaram como importante, para a melhora da atenção à saúde reprodutiva das mulheres em zonas rurais, a qualidade das instalações, a qualificação dos profissionais, a atuação educativa dos agentes comunitários e, principalmente, a melhora da relação profissional/cliente. Evidências relatadas no texto demonstraram que a má relação entre profissional e paciente ocasionaram subutilização dos serviços de saúde. Os autores perceberam que as pessoas procuraram serviços mais distantes e caros, independentemente de sua situação econômica, quando percebiam que estes ofereciam melhores condições de atenção.

Ao buscar compreender pelo ponto de vista do usuário quais foram os elementos que os motivaram a utilizar os serviços de saúde, inverte-se a lógica de um gerenciamento das ações de cuidado à saúde em que a atenção segue a padronização da aplicação do procedimento e o resultado avaliado pelo controle da doença. Quando a proposta de assistência está vinculada apenas na demanda do serviço, e não na do usuário, o resultado do tratamento poderá ficar comprometido.

Havia também estudos em que o foco foi os profissionais de saúde. Ogunrin, Ogunrin e Akerele<sup>36</sup> procuraram demonstrar na Nigéria, especialmente nos serviços públicos de saúde, a inter-relação entre a falta de motivação profissional e a má qualidade no

desempenho no trabalho. A melhora da prestação de cuidados pelos médicos nigerianos viria em consequência da satisfação de suas necessidades de melhor remuneração, de ter um ambiente de trabalho mais seguro, de acessar hospitais bem equipados que suportam as melhores práticas médicas, de possibilidade de demonstração de sua competência, de oportunidades de continuidade de formação. Para os autores, os profissionais entendiam que, independentemente de onde trabalham os médicos, eles devem abraçar uma atitude orientada para a qualidade do atendimento do paciente sendo que não merecem menos do que o melhor. O princípio da satisfação do cliente não é incompatível com a prática médica e o atendimento ao paciente não é um favor que está sendo feito, mas sim um trabalho como outro qualquer e requer qualidade.

Este estudo, como em outros aqui apresentados, enfatiza que é preciso se ater às expectativas dos vários atores envolvidos na dinâmica da assistência no gerenciamento das ações de cuidado à saúde, já que, por mais empenhados que os prestadores de cuidado possam estar no cumprimento de suas funções, a não atenção às suas expectativas irá invariavelmente interferir na sua atuação e conseqüentemente no resultado do cuidado. Estes trabalhos demonstram existir uma inter-relação entre as dimensões profissional e individual do gerenciamento das ações de cuidado à saúde<sup>1</sup> e a produção de resultados das ações efetuadas no âmbito da saúde depende da construção de uma atenção que concilie os interesses entre as partes envolvidas.

Já o trabalho de Keshet<sup>38</sup> trouxe uma detalhada descrição da perspectiva de cuidado oferecida por profissionais médicos, que utilizam práticas das Medicinas Alternativas e Complementares<sup>f</sup> (MAC) em conjunto com as da biomedicina. Em seu estudo buscou entender a dupla identidade destes médicos e qual o espaço que as MAC encontram dentro das instituições de saúde. Houve a constatação, por parte dos profissionais, que a sua formação em biomedicina não os faz ser marginalizados, mas epistemologicamente as MAC o são. Os entrevistados passaram por um longo período de formação em medicina ocidental para obter suas especialidades e simultaneamente estudaram medicinas complementares. Para os autores havia uma identidade híbrida dos médicos que os levou a transitar entre dois mundos e tentar integrá-los e os profissionais acreditavam que para garantir um melhor tratamento os praticantes de ambas as medicinas deveriam ter comunicação direta entre si. No entanto, a sua fala estava restrita aos profissionais médicos que atuam com MAC, os

---

<sup>f</sup> Utilizou-se neste texto o termo de referência do autor do artigo citado. No contexto brasileiro o termo oficial corresponde é Práticas Integrativas e Complementares<sup>45</sup>.

entrevistados não reconheciam a competência da formação em MAC de outros profissionais que não tinham conjuntamente o título em medicina ocidental. Na sua vida dupla, entre as duas medicinas e em função de um isomorfismo coercitivo, os médicos participavam de atividades acadêmicas de ensino, de pesquisa e de publicação de artigos científicos, fazendo um esforço para cumprir com a demanda da medicina convencional em pesquisas na área da medicina baseada em evidências. Em reuniões de trabalho, eles tentavam convencer aos outros de que os tratamentos com MAC repousam sobre uma base de evidência que demonstra a sua segurança e eficácia, embora alguns dos médicos estudados expressassem dúvidas sobre a viabilidade de obtenção de provas por meio de estudos duplo-cegos rigorosamente projetados. Eles acreditam que a experiência e a prática prolongada também constitui evidência, e buscavam, paralelamente, pesquisar os tratamentos a partir de sua prática.

Por sua vez, o trabalho efetuado por Suwankhong, Liamputtong e Runbold<sup>40</sup> analisou as dificuldades de integração entre os praticantes de Medicina Tradicional<sup>§</sup> (MT) na Tailândia com os praticantes da medicina ocidental. Este impasse permanece, mesmo tendo havido naquele país o 10º Plano Nacional de Saúde - 2007-2011, que apoiou a integração da MT no sistema de saúde formal. Este plano teve como base não considerar que a medicina moderna era o melhor modelo para aumentar o bem estar geral do povo tailandês e, também, avaliou que os serviços médicos modernos são caros. As barreiras profissionais encontradas para unir as duas medicinas foram: diretrizes políticas pouco claras para promover a cooperação e licenciamento dos médicos tradicionais; resistência dos profissionais de ambas as medicinas; falta de evidências empíricas para provar a eficácia devido ao conhecimento tradicional estar fora do domínio das ciências; os trabalhadores da saúde moderna não terem confiança na cura feita pela medicina tradicional e apresentarem ressalvas às práticas que entrariam no sistema de saúde. No caso dos praticantes da medicina moderna houve a consideração de que os cuidadores da medicina tradicional têm pouco conhecimento em diversas áreas da saúde, em comparação com os da medicina ocidental, que foram treinados através do sistema acadêmico. Já os praticantes da medicina tradicional não têm certeza se podem cooperar com os profissionais de saúde modernos, eles não querem se integrar e partilhar seus conhecimentos com os profissionais da medicina ocidental em função de experiências negativas anteriores com o sistema formal de saúde, para eles os gestores não

---

<sup>§</sup> A medicina tradicional Tailandesa consiste no tratamento de problemas de saúde pelo uso de plantas medicinais e massagens.

promovem uma política de integração. Acreditam que a cooperação não melhoraria sua condição profissional e seu papel como curadores, ao contrário, só levaria e transformaria seus conhecimentos em outro. Por outro lado, tanto gestores como profissionais da medicina ortodoxa acreditam ser importante que os praticantes da medicina tradicional obtenham uma licença profissional, para com isso confirmar sua qualificação e inseri-los no mercado formal. Por acreditarem que a licença confirma as qualificações da pessoa que exerce papel no sistema de saúde, sem ela os prestadores de cuidado ortodoxo tendem a não acreditar nos conhecimentos do cuidadores tradicionais. No entanto, os profissionais da medicina tradicional têm a confiança dos clientes e seu apoio e acreditam que é por isso que continuam a existir.

Estes dois estudos, indiretamente, assinalaram o lugar social conferido pela ciência a quem aplica o cuidado e demonstraram que a qualificação profissional, nos moldes acadêmicos, dá maior poder e liberdade de atuação do que a qualificação conferida no modelo tradicional a quem trabalha com as Práticas Integrativas e Complementares. O processo colonizador da ciência em relação aos conhecimentos tradicionais não reconhece outras lógicas de aprendizagem e de produção de saberes diferentes do seu espectro<sup>46,47,48</sup> e, em função disto, acaba por limitar a quem vai aplicar e receber o cuidado. Neste caso, o gerenciamento das ações de cuidado à saúde está vinculado a um posicionamento político e ideológico do conhecimento que detém o poder de ditar quais políticas públicas de saúde podem ou não existir. Especialmente quando se trata da regulamentação de formas de cuidado não biomédicas nos serviços de saúde, estão condicionadas à produção de evidências científicas que comprovem sua eficácia, mesmo quando esta metodologia não consegue expressar significativamente as qualidades terapêuticas das práticas que avaliam. O comprometimento com o método extrapola a sua capacidade de avaliação<sup>49</sup>.

Já os dois trabalhos que ajudaram a apreender o cuidado pelo ponto de vista da gestão dos sistemas de saúde avaliaram a integração entre as medecinas tradicional e ortodoxa no sistema de saúde da Nigéria<sup>37</sup> e as diferenças na prestação de cuidado em dois países diferentes<sup>39</sup>.

O trabalho de Isola<sup>37</sup>, feito na Nigéria com médicos tradicionais, ortodoxos e pacientes de medicina tradicional, propôs uma maior integração entre as medecinas tradicional e ortodoxa no sistema de saúde público, como também um financiamento adequado para a pesquisa e a normatização dos produtos da medicina tradicional utilizados no cuidado. O

autor considerou como vantagens para o uso da medicina tradicional a constatação de que ela trata de grande parte dos problemas de saúde da população, sendo mais barata e acessível, integrada à cultura local e promovendo uma melhor relação entre paciente e prestador de serviço. As desvantagens percebidas foram: a falta de documentação adequada de seus conhecimentos, já que os praticantes dependem principalmente da memória; a preparação das prescrições serem pouco higiênicas, trazendo risco de contaminação dos medicamentos; não haver medidas de mensurabilidade da aplicação dos medicamentos e padronização da dosagem das fórmulas, o que aumenta o risco de falha terapêutica ou intoxicação. Por fim considerou ser vantajosa a integração entre as medicinas, notadamente por ser maior o conhecimento dos médicos tradicionais sobre a cultura e as normas da comunidade com que trabalham, o que não acontece com os médicos ortodoxos. Ainda, não há dúvida de que o entendimento do papel desempenhado por fenômenos culturais em sintomatologia patológica é essencial a todos os médicos, sejam eles ortodoxos ou tradicionais.

A pesquisa feita por Hugle, Haas e Benseler<sup>39</sup> analisou as diferenças em dois sistemas de saúde de países diferentes, Canadá e Alemanha/Áustria, para o tratamento de artrite idiopática juvenil e observou que as abordagens não foram iguais no uso de medicação e na indicação, em um dos casos, de fisioterapia de apoio. O que ficou explícito é que a observação de resultado positivo pelos pediatras na Alemanha/Áustria, que os levou a determinada indicação medicamentosa, como também, sua ênfase no uso da fisioterapia, não seguem estritamente as recomendações dos protocolos produzidos por ensaios clínicos controlados (ECC), já as prescrições do Canadá estão mais de acordo com as indicações vindas dos ECC. No entanto, o artigo relatou como possível norteador da escolha terapêutica o tipo de cobertura nos custos do tratamento que cada país ofereceu. No caso da Alemanha/Áustria a cobertura dada pelo sistema de saúde é mais extensa do que a do Canadá. Estes dois trabalhos tratam de realidades distintas, já que o primeiro está focado na inserção de uma medicina não biomédica em um sistema de saúde e, o segundo, em diferentes possibilidades de tratamento dentro da lógica clínica moderna. No entanto, eles têm em comum a necessidade de integração de diferentes procedimentos de cuidado para melhor atender as necessidades da população e a constatação de que isto pode acontecer independentemente de haver um protocolo que determine sua eficácia.

Por último estão os quatro artigos que abordaram o cuidado pela aplicação de algum tipo de tratamento. Um dos trabalhos discutiu a melhor aderência ao tratamento, de mulheres portadoras do vírus HIV, com o uso conjunto de psicoterapia<sup>41</sup> e três trabalhos

avaliaram a aplicação do cuidado por meio de terapias não pertencentes à medicina biomédica<sup>42,43,44</sup>.

O estudo empreendido por Turner et al.<sup>41</sup> constatou uma melhor aderência ao tratamento antiviral em mulheres portadoras do vírus HIV, usuárias de drogas e diagnosticadas com depressão, com o auxílio de psicoterapia em conjunto com antidepressivos. O uso apenas dos antidepressivos não foi suficiente para melhorar a adesão. Dada a aderência ser crítica ao sucesso do tratamento de HIV, os autores acreditam que os achados da pesquisa trazem importantes implicações clínicas e políticas para um dos mais desafiadores tratamentos da população infectada por HIV.

O trabalho de Freidin e Timmermans<sup>42</sup> buscou entender o porquê de alguns cuidadores escolherem utilizar algum modelo de PIC para o tratamento de asma de seus filhos. O maior uso das PIC veio de mulheres de meia idade, com alta escolaridade e renda. Um número significativo de adultos, jovens e crianças usam PIC para o tratamento de asma conjuntamente com a biomedicina. Algumas razões gerais elencadas para o uso das PIC foram o descontentamento com tratamentos biomédicos e com a comunicação com os profissionais de saúde, a preferência a ter responsabilidade individual por sua saúde, a busca por transformação pessoal e autorrealização. Mais especificamente, no caso de crianças com asma, os fatores mais elencados pelas mães foram a sua experiência com tratamentos biomédicos, a resposta dada pelo profissional de saúde às preocupações a respeito dos medicamentos prescritos e, também, pela sua familiaridade com alternativas aos tratamentos convencionais e sua compreensão própria da segurança e eficácia destas alternativas. Como o tratamento por medicamentos biomédicos é a opção recomendada oficialmente para todas as famílias, a decisão de utilizar medicina alternativa dependeu, primeiramente, da satisfação com os medicamentos prescritos e em segundo lugar da experiência anterior com o seu uso. Os autores perceberam que as redes sociais podem favorecer o uso de medicações não convencionais, a partir da troca de experiências entre seus membros e que doenças crônicas como a asma favorecem uma atitude mais crítica dos cuidadores em relação aos medicamentos aplicados. Pela necessidade de atenção constante com a pessoa doente, os cuidadores observavam as vantagens ou desvantagens terapêuticas dos medicamentos, tanto biomédicos como alternativos. Isto lhes dava subsídio para continuar ou não um tratamento e sentir-se habilitados para decidir se algumas drogas são prejudiciais ou desnecessárias.

O texto de Saizar e Korman<sup>43</sup> descreve a avaliação do uso de PIC conjuntamente com a biomedicina no tratamento de problemas de saúde mental em hospitais públicos na Argentina. Para os autores a preferência por essas terapias é, aparentemente, não exclusiva a certas camadas sociais, mas associada a determinados estilos culturais e novas formas de entender a saúde, a doença e o processo terapêutico. No contexto dos hospitais públicos na Argentina, a lei que atualmente regula a prática da biomedicina a descreve como a única “arte de cura” e estabelece que todas as ações de cuidado, do diagnóstico ao tratamento das doenças, devem estar restritas à participação de especialistas biomédicos. Foram implementadas oficinas terapêuticas com PIC em hospitais para o tratamento de saúde mental, a partir de um plano estabelecido pelo governo, visando entre outras coisas o bem estar da população. Foi constatado que as diferenças existentes na medicina biomédica em relação às práticas alternativas foram diluídas na medida em que a sensação de bem estar dos participantes foi utilizada para avaliar os resultados das oficinas. Os autores conceberam que o campo de bem estar é, sem dúvida, uma definição muito mais ampla, do que o campo específico do tratamento à doença, porque o objeto do último encontra-se basicamente em facetas biológicas. A ideia do bem estar refere-se à amplitude do estado geral do indivíduo, que não pode ser medido ou padronizado, e que implica uma variedade de fatores intervenientes. Concluíram que houve a integração entre distintas concepções de saúde e tratamento nas oficinas, por parte dos coordenadores médicos, especialistas em PIC e usuários.

Por fim, o estudo de Gyasi et al.<sup>44</sup> pesquisou a utilização da medicina tradicional em Gana, sobre aspectos de acesso, tipo de uso, percepção de eficácia e de segurança e relação entre os prestadores das duas medicinas em Gana. Os autores observaram que o uso da medicina tradicional foi facilitado pela sua grande oferta de cuidados a muitos problemas de saúde, seu amplo acesso pela comunidade, e, também, o fato de ser considerada mais eficaz do que a medicina ortodoxa e os clientes se sentirem psicologicamente mais confortáveis em utilizá-la. Nesta pesquisa não foi constatada uma significativa integração entre os prestadores de cuidado das duas medicinas.

Os trabalhos apresentados, neste último bloco, reafirmam a possibilidade de se obter um melhor resultado na aplicação do cuidado por meio da integração de diferentes abordagens de atenção à saúde. A existência de diversidade de ações para ofertar o cuidado, além de fugir ao modelo protocolar que busca estabelecer o melhor procedimento, o tenciona e cria dúvidas em relação ao seu alcance. Quando é estabelecido um padrão de tratamento, em

detrimento de outros que possam ampliar o leque de atenção, invariavelmente transforma o tratamento à doença como única demanda de atenção necessária. Entretanto, ao se observar a multiplicidade de ações buscadas e oferecidas nos ambientes de cuidado à saúde, constata-se a força do seu oposto, ou seja, a efetivação de múltiplas ações de cuidado está condicionada a uma atenção que conceba mais amplamente as diversas necessidades dos sujeitos.

## **Conclusão**

O cuidado em saúde tem sido compreendido principalmente como uma ação voltada a um indivíduo, no entanto, o gerenciamento da assistência à saúde traz a perspectiva de uma atenção que amplie para a coletividade as suas ações. Alguns fatores são preponderantes para sua efetivação e qualificação, por exemplo, como a população obtém acesso aos sistemas de saúde, qual a qualificação da sua operacionalidade e se foram contempladas a amplitude das demandas trazidas pelos diversos atores que estão envolvidos nas ações de cuidado.

Pela análise da literatura indexada sobre o cuidado em saúde observou-se que os estudos que discutiram a sua dimensão gerencial, com um referencial sociológico, o abordaram contemplando três níveis de atenção: o acesso ao cuidado nos serviços de saúde, a estruturação das redes formais de cuidado para ofertar maior apoio à população e a avaliação das ações de cuidado em saúde.

Foi percebido no material selecionado que, para gerenciar as ações de cuidado nos sistemas de saúde, é preciso concebê-las, antes de mais nada, em sua dimensão societária como um direito social que garanta de forma equânime o seu acesso. Entretanto, isto nem sempre acontece, em função de questões culturais, sociais, políticas e econômicas que restringem quem será atendido.

Observou-se que as diferentes demandas exigem variadas abordagens para poder atendê-las, mesmo se tratando da atenção a uma determinada patologia, não é possível reduzir as ações de cuidado a um procedimento específico. Uma vez que os processos de adoecimento são mais complexos do que a determinação diagnóstica da patologia e sua atenção depende de acolher as expectativas de cuidadores formais ou informais, ou seja, a dimensão da família, no mundo da vida, bem como às daqueles que buscam cuidados.

Portanto o conjunto destes textos demonstrou a busca por uma atenção mais abrangente e que utilizasse recursos para além do aparato biomédico e sua predisposição de padronizar e protocolar a assistência. O que reforça a percepção de que o modelo de cuidado biomédico não vem satisfazendo às necessidades de cuidado de quem o procura. Ao mesmo tempo em que cresce a sugestão e utilização de outras medicinas que possam também fornecer ajuda frente ao adoecimento. Assim, conclui-se a necessidade de uma reformulação no nível gerencial das ações de cuidado que concilie diferentes conhecimentos que possam responder à complexidade das demandas de saúde.

Desta forma, para uma concreta ação no nível gerencial do cuidado em saúde, é preciso questionar o processo colonizador da ciência ocidental e seu reflexo na medicina moderna, recolocando na dimensão individual e familiar o poder de decidir o que é aplicável, a quem é dado o direito de aplicar e como será aplicado o cuidado. Desta forma, discute-se a ampliação do campo de atenção para outras necessidades da população, além do cuidado à doença, intervindo culturalmente na dimensão societária de visão sobre o cuidado.

## Referências

1. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011; 15(37): 589-599.
2. UNICESCR (United Nations International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) (1966). GA Resolution 2200 (XXI), UN GAOR, 21st Session, Supplement No. 16, at 49, UN Document A/6316 UN, Geneva.
3. Gruskin S; Tarantola D. Health and human rights. In: DETELS, R. et al. *Oxford textbook of public health: the scope of public health*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
4. Spates K. “The Missing Link”: The Exclusion of Black Women in Psychological Research and the Implications for Black Women’s Mental Health. *SAGE Open*. 2012; 2(3): 1-8.
5. Dovidio JF, et al. Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. *Social Science and Medicine*. 2008; 67(3): 478-486.

6. Hallais JAS; Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 July [cited 2015 Dec 20]; 31(7): 1497-1504.
7. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005; 15(Suplemento): 145-76.
8. Camargo Jr KR. A biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005; 15(Suplemento): 177-201.
9. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 17(3): 465-484.
10. Denier Y. Mind the gap! Three approaches to scarcity in health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008; 11(1): 73-87.
11. Martins DC. Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A Descriptive Phenomenological Study. *Public Health Nursing*. 2008; 25(5): 420-430.
12. Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. *The Lancet*, London. 2013 Set; 382(9897): 1060-9.
13. Prusvic D, Pavloková K. Generational Accounting in European Health Care Systems\*. *Finance a Uver*, Prague. 2010; 60(5): 378-399.
14. Brown P., Flores R. Making normative structures visible: The British National Health Service and the hospice movement as signifiers of compassion and hope. *Acta Sociologica*. 2011; 54(1): 61-75.
15. Zweifler JMDMPH, Prado K, Metchnikoff C. Creating an Effective and Efficient Publicly Sponsored Health Care Delivery System. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Nashville. 2011; 22(1): 311-9.
16. Oh H. Consumerism in action: how patients and physicians negotiate payment in health care. *Qual Health Res*. 2013 Mar; 23(3): 385-95.
17. Howell, A. Sovereignty, Security, Psychiatry: Liberation and the Failure of Mental Health Governance in Iraq. *Security Dialogue*. 2010; 41(4): 347-367.

18. Grinwis B, Smith AB, Dannison LL. Custodial Grandparent Families: Steps for Developing Responsive Health Care Systems. *Michigan Family Review*, Ann Arbor. 2004; 9(1): 37-44.
19. Carpentier N, Grenier A. Successful Linkage Between Formal and Informal Care Systems: The Mobilization of Outside Help by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease. *Qualitative Health Research*. 2012; 22(10): 1330-1344.
20. Carpentier N. Entry Into a Care Trajectory: Individualization Process, Networks, and the Emerging Project. *SAGE Open*. 2013; 3(2): 1-9.
21. Anderson BO et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Health Care Systems and Public Policy. *Breast Journal*. 2006; 12: S54-S69.
22. Kwan ML, et al. Patient awareness and knowledge of breast cancer-related lymphedema in a large, integrated health care delivery system. *Breast Cancer Research and Treatment*, Dordrecht. 2012; 135(2): 591-602.
23. Clark DB, Moss HB. Providing Alcohol-Related Screening and Brief Interventions to Adolescents through Health Care Systems: Obstacles and Solutions. *PLoS Medicine*, San Francisco. 2010; 7(3): 1-4.
24. Schouffoer AA, et al. Needs and preferences regarding health care delivery as perceived by patients with systemic sclerosis. *Clinical Rheumatology*, Heidelberg. 2011 Jun; 30(6): 815-24.
25. Engqvist I, et al. Comprehensive Treatment of Women with Postpartum Psychosis across Health Care Systems from Swedish Psychiatrists' Perspectives. *The Qualitative Report*, Fort Lauderdale. 2011; 16(1): 66-83.
26. Smith GC. From Consultation–Liaison Psychiatry to Integrated Care for Multiple and Complex Needs. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009; 43(1): 1-12.
27. Sorensen R, Iedema R. Redefining accountability in health care: Managing the plurality of medical interests. *Health*. 2008; 12(1): 87-106.
28. Hudson PL, et al. Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. *Palliative Medicine*. 2006; 20(7): 703-710.

29. Mugavero MJ, Norton WE, Saag MS. Health Care System and Policy Factors Influencing Engagement in HIV Medical Care: Piecing Together the Fragments of a Fractured Health Care Delivery System. *Clinical Infectious Diseases*. 2011; 52(2): S238-S246.
30. Periyakoil VS. Taming Wicked Problems in Modern Health Care Systems. *Journal of Palliative Medicine*. 2007; 10(3): 658-659.
31. Levy AR. Categorizing Outcomes of Health Care Delivery. *Clinical and Investigative Medicine, Ottawa*. 2005; 28(6): 347-50.
32. Williams P, Tai G, Lei Y. Simulation based analysis of patient arrival to health care systems and evaluation of an operations improvement scheme. *Annals of Operations Research, New York*. 2010; 178(1): 263-279.
33. Farrant B, Watson PD. Health care delivery: Perspectives of young people with chronic illness and their parents. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 2004; 40(4): 175-179.
34. Solheim E, Garratt AM. Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: results of a Norwegian national survey. *BMC Health Services Research, London*. 2013; 13: 512.
35. Wajid A, White F, Karim MS. Community Health Workers and Health Care Delivery: Evaluation of a Women's Reproductive Health Care Project in a Developing Country. *PLoS One, San Francisco*. 2013; 8(9): 1-10.
36. Ogunrin FO, Ogunrin O, Akerele A. Motivating Nigerian doctors for improved health care delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance, Bradford*. 2007; 20(4): 290-306.
37. Isola OI. The "relevance" of the African Traditional Medicine (alternative medicine) to health care delivery system in Nigeria. *The Journal of Developing Areas, Nashville*. 2013; 47(1): 319-338.
38. Keshet Y. Dual embedded agency: physicians implement integrative medicine in health-care organizations. *Health (London)*. 2013; 17(6): 605-21.

39. Hogle B, Haas JP, Benseler SM. Treatment preferences in juvenile idiopathic arthritis - a comparative analysis in two health care systems. *Pediatric Rheumatology*, London. 2013; 11: 3.
40. Suwankhong D, Liamputtong P, Runbold B. Traditional Healers (mor pheun baan) in Southern Thailand: The Barriers for Cooperation With Modern Health Care Delivery. *Journal of Community Health*, New York. 2011; 36(3): 431-7.
41. Turner BJMDM, et al. Relationship of gender, depression, and health care delivery with antiretroviral adherence in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, New York. 2003; 18(4): 248-57.
42. Freidin B, Timmermans S. Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. *Qualitative Health Research*. 2008; 18(1): 43-55.
43. Saizar M, Korman G. Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. *SAGE Open*. 2012; 2(3): 1-13.
44. Gyasi RM, et al. Public Perceptions of the Role of Traditional Medicine in the Health Care Delivery System in Ghana. *Global Journal of Health Science*, Toronto. 2011 Oct; 3(2): 40-49.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 4 mai.
46. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmeses da medicina*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
47. Santos, BS. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 2002.
48. Boaventura SS. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online]. 2008; 80: 11-43.
49. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, Barrio PCCC, Coutinho BD, Santos JA, Nascimento, JL, Oliveira, SL & Peres, SMP. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(10): 3263-3273.

## CONCLUSÃO

Esta análise sobre o cuidado, na interface entre as áreas da sociologia e da saúde, buscou os referenciais que contemplassem o tema, na literatura indexada, para além de seu modelo hegemônico biomédico de assistência à saúde.

No entanto, ainda que tenha sido percebida uma multiplicidade de abordagens sobre o cuidado, o campo de discussão se encontrou, em grande parte, relacionado à atenção à saúde. Esta polarização foi fruto do desenvolvimento da clínica moderna, momento em que o significado do substantivo cuidado teria sido naturalizado como aplicação técnica e tecnológica de procedimentos na esfera da saúde. Embora este processo tenha ocasionado um maior reconhecimento social da especialização profissional das ações de cuidado em saúde, ao mesmo tempo, o distanciou do seu sentido etimológico, de um ato feito com zelo, de uma atenção que se diferencia por preocupar-se afetivamente e, principalmente, deixou de ser compreendida a sua dimensão societária, como um dos atributos necessários à sobrevivência humana, uma expressão de apoio social intenso e de solidariedade na busca de manutenção da vida.

As intensas transformações sociais ocorridas no século XX e acentuadas no final deste período resultaram na entrada das mulheres na força de trabalho paga, no maior envelhecimento da população, na diminuição da fertilidade, nos desenvolvimentos médicos e biotecnológicos e em uma crise econômica que atingiu a assistência à saúde. Estas mudanças contribuíram para o reconhecimento da importância do cuidado para a vida social e desencadearam a produção de vários estudos sociológicos dedicados ao tema. O cuidado deixou de ser tratado pelas ciências humanas apenas como uma responsabilidade familiar, ou ser considerado como certo que as tarefas de rotina pertenciam às mulheres, num comportamento singular implicitamente atribuído ao gênero. Contudo, constatou-se que não lhe foram direcionadas análises suficientes para a constituição de uma sociologia dos cuidados.

Mais especificamente, os estudos que abordaram o cuidado por um viés sociológico apontaram mudanças conceituais na maneira de compreendê-lo. Neles pode-se identificar que não existe apenas uma forma de cuidado e que ele não é exclusivo do campo da saúde, pois abrange relações sociais e culturais em suas efetivações. O substantivo cuidado não pode ser mais generalizado apenas pelas ações efetuadas no campo da saúde e está em andamento uma recuperação do seu significado mais básico e imprescindível, essencial para

atender com amplitude as variadas demandas de atenção, sejam elas objetivas ou subjetivas. O cuidado se faz potente e suas ações ganham sentido a partir de sua dimensão de componente social, de ser um elo para a comunicação solidária entre as pessoas.

Tendo em vista as muitas formas com que o cuidado pôde ser descrito, compreendeu-se que a sua expressão como assistência em saúde é apenas parte das ações necessárias para atender às demandas dos sujeitos. Só a partir da ampliação de sua compreensão é que serão retiradas da invisibilidade as diversas necessidades interpessoais, cujos sentidos o cuidado de senso comum alcançou e a clínica biomédica tendeu a diminuir, a ignorar ou a retirar sua relevância. Nos espaços em que houve uma reorientação dos cuidados no imaginário social, a solidariedade e a disponibilidade para estar com o outro se tornaram igualmente constitutivas das ações voltadas para a manutenção da vida.

No entanto, o alcance de novos modelos de cuidado sempre estará limitado ao valor inerente à construção social de quem o pratica, que é anterior à sua aplicação técnica, sendo que deve fundamentá-la e não restringi-la. Portanto, a ideia de cuidado deve estar em sintonia com a dimensão societária e não pode continuar focada na ação específica, para que fuja do juízo equivocados de que a padronização das ações ocasiona o melhor resultado. As críticas ao projeto da Medicina Baseada em Evidências denunciam a falha inerente de modelos que visam sedimentar as ações de cuidado. Por mais valorosa que seja a especialização profissional e o alcance que o desenvolvimento tecnológico possa trazer para o tratamento à doença, por si só nunca alcançam realmente uma relação entre pessoas que seja essencialmente cuidadora. Os variados estudos sobre o cuidado serviram como lembrete de que o fracasso ou o sucesso do cuidar não estão baseados apenas no tratamento da doença e na aplicação de técnicas, mas também, na horizontalidade da relação entre sujeitos que se reconhecem parte da comunidade humana.

Vale a pena ressaltar que o cuidado, tanto pelo referencial da sociologia, como pela área da saúde, não ficou restrito à dimensão individual dos sujeitos. Nos dois campos de estudo foi percebida uma mudança em relação à maneira de compreender a abrangência de suas ações, o que antes era considerado como uma atenção individual às necessidades de um sujeito passou a ser contemplado, também, pela sua dimensão política/gerencial, naquilo que concerne à organização do sistema de assistência à saúde para atender às necessidades da coletividade. Foram apresentados subsídios que permitem abordá-lo como elo fundamental para a comunicação entre a macro e a microestrutura social. Ao compreendê-lo por este ponto de vista, as ações de cuidado puderam ser entendidas para além do plano individual, de

maneira que as políticas sociais fossem, igualmente, consideradas ações de cuidado. Porém é preciso se ater que, do mesmo modo em que se dá nas relações interpessoais, para qualificar as ações de cuidado é preciso estar focado no seu fundamento e não na sua execução. O resultado das ações empreendidas pelo Estado ou por qualquer instituição depende com que base estas foram formuladas e da disponibilidade dos técnicos para a execução de políticas voltadas para o cuidado.

O redimensionamento das ações de cuidado, a partir da compreensão do seu significado etimológico e social, é um desafio civilizatório fundamental para a contemporaneidade. O que propiciará que sejam encontradas formas de sociabilidade diferentes das tradicionais e o rompimento da construção de relações unilaterais e institucionais que imprimem nos profissionais de saúde, com a sustentação do Estado, a ideia de serem superiores às pessoas por eles assistidas. Romper com o modelo vertical de relação entre estabelecidos e excluídos, entre profissionais e pacientes, é investir na criação de um novo pacto social, emancipador dos sujeitos assistidos e inibidor da produção de autoritarismos, de violências e de excessivas intervenções e prescrições.

Por fim, a partir do levantamento realizado, pode-se concluir que não existe uma sociologia dos cuidados instituída e, mesmo se houvesse, não há garantia que difundiria a coexistência de múltiplos modelos de cuidado que influenciem as práticas dos diferentes profissionais de saúde. Contudo, defende-se que uma leitura sociológica do cuidado já propiciou e pode contribuir com o fortalecimento da circulação de projetos que levam à emancipação dos sujeitos, tanto na dimensão política como na existencial. A perspectiva de emancipação pode, em seu tempo, construir a consciência de valor pessoal, de ser e estar no mundo como portador de seu próprio cuidado, e social, de acesso ao direito ao cuidado na esfera pública.

Este trabalho foi mais um passo em direção ao aprofundamento da compreensão sobre os referenciais de cuidado utilizados pelos profissionais no exercício de suas ações e se estão em consonância com os modelos de pensar e produzir cuidados das pessoas. Nossas reflexões apenas introduzem o tema e podem incentivar novas investigações.

## REFERÊNCIAS

1. Liu Pai Lin. Anotação de aulas. Instituto Pai Lin de Ciência e Cultura Oriental, São Paulo; 1985.
2. Souza, EFAA. Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico. RJ. 224 f. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2008.
3. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
4. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>. (Acessado em 15/ago/2015).
5. Fine M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*. 2005; 41(3): 247-66.
6. Barros NF. As Práticas Integrativas e Complementares como cuidado emancipador. <https://cursos.atencaobasica.org.br/conteudo/8900>. (Acessado em 08/maio/2015).
7. Vaghetti HH, Padilha MICS, Carraro TE, Pires DEP, Santos, VEP. Grupos Sociais e o Cuidado na Trajetória Humana. *Revista Enfermagem UERJ*. 2007; 15(2): 267-75.
8. Carvalho VLCM. O cuidado como a base ética na constituição do ser humano. [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/cuidado\\_como\\_base\\_etica\\_constucao\\_ser\\_humano.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/cuidado_como_base_etica_constucao_ser_humano.pdf). (Acessado em 08/maio/2015).
9. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
10. Camargo Jr KR. A biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 15 (Suplemento): 177-201.
11. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 17(3): 465-84.
12. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 15(Suplemento): 145-76.

13. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004 fev; 8(14): 73-92.
14. Farrell A, Tayler C, Tennent L. Building Social Capital in Early Childhood Education and Care: An Australian Study. *British Educational Research Journal.* 2004; 30(5): 623-632.
15. Luz MT. *As Instituições Médicas no Brasil.* 2 ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
16. Tesser CD. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface Comunicação Saúde Educação.* Botucatu. 2009; 15(31): 273-86.
17. Campos GWS, Bedrikow R. *História da Clínica e Atenção Básica – o desafio da ampliação.* 1. Ed. São Paulo: Huittec; 2014.

## APÊNDICE

### Artigos selecionados para análise

1. Andersen, R. S. et al. Does the organizational structure of health care systems influence care-seeking decisions? A qualitative analysis of Danish cancer patients' reflections on care-seeking. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 29, n. 3, p. 144-149, 2011. ISSN 02813432. Disponível em: < [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=65325753\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=65325753(=pt-br&site=ehost-live) >.
2. Anderson, B. O. et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Health Care Systems and Public Policy. **Breast Journal**, v. 12, p. S54-S69, 2006. ISSN 1075122X. Disponível em: < [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=19411909\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=19411909(=pt-br&site=ehost-live) >.
3. Bahar, Z. et al. The Effects of Islam and Traditional Practices on Women's Health and Reproduction. **Nursing Ethics**, v. 12, n. 6, p. 557-570, 2005. Disponível em: < <http://nej.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/6/557N2> >.
4. Basu, A. M. The Emotions and Reproductive Health. **Population and Development Review**, v. 32, n. 1, p. 107-121, 2006. ISSN 00987921. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/20058853> >.
5. Brown, P.; Flores, R. Making normative structures visible: The British National Health Service and the hospice movement as signifiers of compassion and hope. **Acta Sociologica**, v. 54, n. 1, p. 61-75, 2011. Disponível em: < <http://asj.sagepub.com/cgi/content/abstract/54/1/61N2> >.
6. Burkhart, L.; Hogan, N. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. **Qualitative Health Research**, v. 18, n. 7, p. 928-938, 2008. Disponível em: < <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/7/928N2> >.
7. Carpentier, N. Entry Into a Care Trajectory: Individualization Process, Networks, and the Emerging Project. **SAGE Open**, v. 3, n. 2, 2013. Disponível em: < <http://sgo.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/2158244013494215N2> >.
8. Carpentier, N.; Grenier, A. Successful Linkage Between Formal and Informal Care Systems: The Mobilization of Outside Help by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 10, p. 1330-1344, 2012. Disponível em: < <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/22/10/1330N2> >.
9. Clark, D. B.; Moss, H. B. Providing Alcohol-Related Screening and Brief Interventions to Adolescents through Health Care Systems: Obstacles and Solutions. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 7, n. 3, p. e1000214, Mar 2010 2010. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1288092772?accountid=8113> >.
10. Clements, A. et al. Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant Staphylococcus aureus transmission. **The Lancet Infectious Diseases**, London, v. 8, n. 7, p. 427-34, Jul 2008 2008. ISSN 14733099. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/201575580?accountid=8113> >.
11. Crilly, J. F.; Keefe, R. H.; Volpe, F. Use of Electronic Technologies to Promote Community and Personal Health for Individuals Unconnected to Health Care Systems.

- American Journal of Public Health**, v. 101, n. 7, p. 1163-1167, 2011. ISSN 00900036. Disponível em: <  
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=61353385\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=61353385(=pt-br&site=ehost-live) >.
12. Daykin, N.; McClean, S.; Bunt, L. Creativity, identity and healing: participants' accounts of music therapy in cancer care. **Health**, v. 11, n. 3, p. 349-370, 2007. Disponível em: <  
<http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/349N2> >.
  13. Denier, Y. Mind the gap! Three approaches to scarcity in health care. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 11, n. 1, p. 73-87, 2008. Disponível em: <  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-39749104734&partnerID=40&md5=6020b8a8192b44836801b7fea98f072b> >.
  14. Dovidio, J. F. et al. Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. **Social Science and Medicine**, v. 67, n. 3, p. 478-486, 2008. Disponível em: <  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-48549095781&partnerID=40&md5=b0b86c9902a0d785d0d7f929d49ae216> >.
  15. Edwards, C.; Staniszweska, S.; Crichton, N. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. **Sociology of Health and Illness**, v. 26, n. 2, p. 159-183, 2004. Disponível em: <  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-1942471778&partnerID=40&md5=1a44dbfdb4aed0230f38d8d507b57262> >.
  16. Engqvist, I. et al. Comprehensive Treatment of Women with Postpartum Psychosis across Health Care Systems from Swedish Psychiatrists' Perspectives. **The Qualitative Report**, Fort Lauderdale, v. 16, n. 1, p. 66-83, Jan 2011 2011. Disponível em: <  
<http://search.proquest.com/docview/854984839?accountid=8113> >.
  17. Engqvist, I. et al. Comprehensive Treatment of Women with Postpartum Psychosis across Health Care Systems from Swedish Psychiatrists' Perspectives. **The Qualitative Report**, Fort Lauderdale, v. 16, n. 1, p. 66-83, Jan 2011 2011. Disponível em: <  
<http://search.proquest.com/docview/854984839?accountid=8113> >.
  18. Farrant, B.; Watson, P. D. Health care delivery: Perspectives of young people with chronic illness and their parents. **Journal of Paediatrics & Child Health**, v. 40, n. 4, p. 175-179, 2004. ISSN 10344810. Disponível em: <  
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=12405451\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=12405451(=pt-br&site=ehost-live) >.
  19. Ferlander, S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. **Acta Sociologica**, v. 50, n. 2, p. 115-128, 2007. Disponível em: <  
<http://asj.sagepub.com/cgi/content/abstract/50/2/115N2> >.
  20. Fine, M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. **Journal of Sociology**, v. 41, n. 3, p. 247-266, 2005. Disponível em: <  
<http://jos.sagepub.com/cgi/content/abstract/41/3/247N2> >.
  21. Fox, N. J. Creativity and health: An anti-humanist reflection. **Health**, v. 17, n. 5, p. 495-511, 2013. Disponível em: <  
<http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/5/495N2>>.
  22. Freidin, B.; Timmermans, S. Complementary and Alternative Medicine for Children's Asthma: Satisfaction, Care Provider Responsiveness, and Networks of Care. **Qualitative**

- Health Research**, v. 18, n. 1, p. 43-55, 2008. Disponível em: < <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/1/43N2> >.
23. Greenhalgh, T.; Robb, N.; Scambler, G. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. **Social Science and Medicine**, v. 63, n. 5, p. 1170-1187, 2006. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33745866225&partnerID=40&md5=ea85bc9b79e0113c22c9c9ad3bc2ce5c> >.
24. Grinwis, B.; Smith, A. B.; Dannison, L. L. Custodial Grandparent Families: Steps for Developing Responsive Health Care Systems. **Michigan Family Review**, Ann Arbor, v. 9, 2004. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1151381931?accountid=8113> >.
25. Gyasi, R. M. et al. Public Perceptions of the Role of Traditional Medicine in the Health Care Delivery System in Ghana. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v. 3, n. 2, p. 40-49, Oct 2011 2011. ISSN 19169736. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/900800406?accountid=8113> >.
26. Hanlon, N.; Halseth, G. The greying of resource communities in northern British Columbia: implications for health care delivery in already-underserved communities. **Canadian Geographer**, Toronto, v. 49, n. 1, p. 1-24, Spring Spring 2005 2005. ISSN 00083658. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/228323561?accountid=8113> >.
27. Howell, A. Sovereignty, Security, Psychiatry: Liberation and the Failure of Mental Health Governance in Iraq. **Security Dialogue**, v. 41, n. 4, p. 347-367, 2010. Disponível em: < <http://sdi.sagepub.com/cgi/content/abstract/41/4/347N2> >.
28. Hudson, P. L. et al. Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. **Palliative Medicine**, v. 20, n. 7, p. 703-710, 2006. Disponível em: < <http://pmj.sagepub.com/cgi/content/abstract/20/7/703N2> >.
29. Hugle, B.; Haas, J.-P.; Benseler, S. M. Treatment preferences in juvenile idiopathic arthritis - a comparative analysis in two health care systems. **Pediatric Rheumatology**, London, v. 11, p. 3, 2013 2013. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1287523795?accountid=8113> >.
30. Isola, O. I. The "relevance" of the african traditional medicine (alternative medicine) to health care delivery system in nigeria. **The Journal of Developing Areas**, Nashville, v. 47, n. 1, p. 319-338, Spring 2013. ISSN 0022037X. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1401107786?accountid=8113> >.
31. Keshet, Y. Dual embedded agency: physicians implement integrative medicine in health-care organizations. **Health (London)**, v. 17, n. 6, p. 605-21, Nov 2013. ISSN 1363-4593.
32. Kim, J. Y.; Farmer, P.; Porter, M. E. Redefining global health-care delivery. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9897, p. 1060-9, 2013 Sep 21 2013. ISSN 01406736. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1434106656?accountid=8113> >.
33. Kwan, M. L. et al. Patient awareness and knowledge of breast cancer-related lymphedema in a large, integrated health care delivery system. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecht, v. 135, n. 2, p. 591-602, Sep 2012 2012. ISSN 01676806. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1037281338?accountid=8113> >.

34. Levy, A. R. Categorizing Outcomes of Health Care Delivery. **Clinical and Investigative Medicine**, Ottawa, v. 28, n. 6, p. 347-50, Dec 2005 2005. ISSN 0147958X. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/196425636?accountid=8113> >.
35. Lopez, S. H. Emotional Labor and Organized Emotional Care: Conceptualizing Nursing Home Care Work. **Work and Occupations**, v. 33, n. 2, p. 133-160, 2006. Disponível em: < <http://wox.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/2/133N2> >.
36. Martins, D. C. Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A Descriptive Phenomenological Study. **Public Health Nursing**, v. 25, n. 5, p. 420-430, 2008. ISSN 07371209. Disponível em: < [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=33948372\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=33948372(=pt-br&site=ehost-live) >.
37. Melloh, M. et al. Differences across health care systems in outcome and cost-utility of surgical and conservative treatment of chronic low back pain: a study protocol. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 9, p. 1-9, 2008. ISSN 14712474. Disponível em: < [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=35702383\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=35702383(=pt-br&site=ehost-live) >.
38. Meurk, C. et al. Bodies of knowledge: Nature, holism and women's plural health practices. **Health**, v. 17, n. 3, p. 300-318, 2013. Disponível em: < <http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/3/300N2> >.
39. Mugavero, M. J.; Norton, W. E.; Saag, M. S. Health Care System and Policy Factors Influencing Engagement in HIV Medical Care: Piecing Together the Fragments of a Fractured Health Care Delivery System. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. suppl\_2, p. S238-S246, 2011. ISSN 10584838. Disponível em: < [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=83180755\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=83180755(=pt-br&site=ehost-live) >.
40. Noone, J. H.; Stephens, C. Men, masculine identities, and health care utilisation. **Sociology of Health and Illness**, v. 30, n. 5, p. 711-725, 2008. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-47349114143&partnerID=40&md5=21fcb68a95502c6a8d234a13887ed90c> >.
41. Ogunrin, F. O.; Ogunrin, O.; Akerele, A. Motivating Nigerian doctors for improved health care delivery. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 20, n. 4, p. 290-306, 2007 2007. ISSN 09526862. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/229610570?accountid=8113> >.
42. Oh, H. Consumerism in action: how patients and physicians negotiate payment in health care. **Qual Health Res**, v. 23, n. 3, p. 385-95, Mar 2013. ISSN 1049-7323 (Print) 1049-7323.
43. Periyakoil, V. S. Taming Wicked Problems in Modern Health Care Systems. **Journal of Palliative Medicine**, v. 10, n. 3, p. 658-659, 2007. ISSN 10966218. Disponível em: < [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=25536533\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=25536533(=pt-br&site=ehost-live) >.
44. Pescosolido, B. A. Of Pride and Prejudice: The Role of Sociology and Social Networks in Integrating the Health Sciences. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 47, n. 3, p. 189-208, 2006. ISSN 00221465. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/30040313>>.

45. Prior, L. Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. **Sociol Health Illn**, v. 25, p. 41-57, 2003. ISSN 0141-9889 (Print) 0141-9889.
46. Prusvic, D.; Pavloková, K. Generational Accounting in European Health Care Systems\*. **Finance a Uver**, Prague, v. 60, n. 5, p. 378-399, 2010. ISSN 00151920. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/858459529?accountid=8113> >.
47. Saizar, M.; Korman, G. Interactions Between Alternative Therapies and Mental Health Services in Public Hospitals of Argentina. **SAGE Open**, v. 2, n. 3, 2012. Disponível em: < <http://sgo.sagepub.com/cgi/content/abstract/2/3/2158244012454438N2> >.
48. Salvalaggio, G. et al. Patient–Provider Rapport in the Health Care of People Who Inject Drugs. **SAGE Open**, v. 3, n. 4, 2013. Disponível em: < <http://sgo.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/4/2158244013509252N2> >.
49. Samitt, C. E. At Your Service: Transforming Health Care Delivery. **Physician Executive**, Tampa, v. 30, n. 6, p. 36-9, Nov/Dec 2004. ISSN 08982759. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/200055302?accountid=8113> >.
50. Schouffoer, A. A. et al. Needs and preferences regarding health care delivery as perceived by patients with systemic sclerosis. **Clinical Rheumatology**, Heidelberg, v. 30, n. 6, p. 815-24, Jun 2011. ISSN 07703198. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/868383079?accountid=8113> >.
51. Shuval, J. T. et al. Integrating CAM and Biomedicine in Primary Care Settings: Physicians’ Perspectives on Boundaries and Boundary Work. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 10, p. 1317-1329, 2012. Disponível em: < <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/22/10/1317N2> >.
52. Smith, G. C. From Consultation–Liaison Psychiatry to Integrated Care for Multiple and Complex Needs. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 1-12, 2009. Disponível em: < <http://anp.sagepub.com/cgi/content/abstract/43/1/1N2> >.
53. Solheim, E.; Garratt, A. M. Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: results of a Norwegian national survey. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, p. 512, 2013. ISSN 14726963. Disponível em: < <http://search.proquest.com/docview/1469714950?accountid=8113> >.
54. Sorensen, R.; Iedema, R. Redefining accountability in health care: Managing the plurality of medical interests. **Health**, v. 12, n. 1, p. 87-106, 2008. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-38649099079&partnerID=40&md5=b6ff47d9a6fd9f1fe23a7ef0df8cedda> >.
55. Spates, K. “The Missing Link”: The Exclusion of Black Women in Psychological Research and the Implications for Black Women’s Mental Health. **SAGE Open**, v. 2, n. 3, 2012. Disponível em: < <http://sgo.sagepub.com/cgi/content/abstract/2/3/2158244012455179N2> >.
56. Stoller, N. Space, place and movement as aspects of health care in three women's prisons. **Social Science and Medicine**, v. 56, n. 11, p. 2263-2275, 2003. Disponível em: < <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0037409772&partnerID=40&md5=a80c69e7b3149e46b964b174dc5bd66a> >.
57. Suwankhong, D.; Liamputtong, P.; Runbold, B. Traditional Healers (mor pheun baan) in Southern Thailand: The Barriers for Cooperation With Modern Health Care Delivery.