

## SIGNIFICADOS SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM SÃO PAULO-SP: UM CASO DE ALTERNÂNCIA DE PAPEIS, MEDIADA PELA RELIGIÃO, NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Marcelo Pereira de Brito<sup>1</sup>

Edmilson Antunes de Campos<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente estudo, resultado parcial de uma pesquisa de doutoramento, no Programa Interunidades de Doutorado em enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), tem como mote realçar o SUS e a Atenção Básica como fundamentais políticas públicas no Brasil, dando-se importância para a Antropologia da Saúde como potente arcabouço teórico-reflexivo e prático para se compreender a produção do cuidado em saúde no contexto de uma unidade de Estratégia Saúde da Família e Comunidade, situada na cidade de São Paulo. Almejou-se, assim, analisar os significados atribuídos pelos diferentes indivíduos, usuários e profissionais de saúde, mediante observação participante. Espera-se que o estudo contribua para um melhor entendimento acerca dos distintos significados presentes no contexto da produção de cuidado em saúde no SUS, valorizando-se a dinâmica sociocultural como produtora de inúmeros significados, interseccionando-se religião e práticas de saúde nos processos de saúde-doença.

**Palavras-chave:** políticas públicas; antropologia da saúde; significados; produção do cuidado em saúde.

### MEANINGS ABOUT THE PRODUCTION OF HEALTH CARE IN THE FAMILY AND COMMUNITY HEALTH STRATEGY IN SÃO PAULO-SP: A CASE OF ROLE ALTERNATION, MEDIATED BY RELIGION, IN HEALTH PRACTICES

### ABSTRACT

The present study, partial result of a doctoral research, of the Interunit Doctoral Program in Nursing, at the school of Nursing of the University of São Paulo (EE-USP), aims to highlight the SUS and Primary Care as fundamental public policies in Brazil, giving importance to the Anthropology of Health as a powerful theoretical-reflective and practical framework to understand the production of health care in the context of a Family and Community Health Strategy unit, located in the city of São Paulo-SP. Thus, the aim was to analyze the meanings attributed by different individuals, users and health professionals, through participant observation. It is hoped that the study will contribute to a better understanding of the different meanings present in the context of health care production in the SUS, valuing the sociocultural dynamics as a producer of countless meanings, intersecting religion and health practices in the processes of health-disease.

**Key-words:** public policies; anthropology of health; meanings; production of health care.

---

<sup>1</sup> Graduação em Farmácia e Bioquímica. Mestrado em Ciências de Saúde, doutorando pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Membro do Laboratório Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais em Saúde (LICHSS - UNIFESP-B.S.). E-mail para contato: marcelopbr23@gmail.com

<sup>2</sup> Graduação em Ciências Sociais. Mestrado em Ciência Política, Doutorado Sandwich (Antropologia Urbana) na Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos. Professor associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP) e professor e orientador do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. E-mail para contato: edicampos@usp.br

## INTRODUÇÃO

Em se tratando de políticas públicas implementadas no Brasil em seu desenrolar histórico, é impossível não considerarmos o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das (se não a maior!) principais políticas públicas e sociais do país, com recursos assistenciais alcançando quase todos os territórios do país, fornecendo assistência à saúde para mais de 75% da população, no caso da Atenção Básica (AB), cerca de 176 milhões de pessoas (M.S., 2021).

O SUS, por sua vez, surgiu nos anos 1980, em consonância com uma grave crise da Previdência Social e, posteriormente, com a Constituição de 1988. Nesta época, adotou-se a descentralização como uma de suas diretrizes organizativas, de acordo com o princípio da integralidade, constituída como pilar da assistência à saúde, com vistas à uma reorientação do modelo assistencial vigente, de caráter biomédico, mecanicista e hospitalocêntrico, mediante introdução e implementação da AB, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, posteriormente, com o Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família e Comunidade (ESF), no início dos anos 1990. Neste sentido, a AB apareceu estabelecendo-se como principal modelo à organização e implantação do SUS (MENDES, 2012; SILVA JR.; Alves, 2007).

A ESF, por seu turno, ganhou este componente estratégico, a partir de 2011, para o SUS, expandindo-se enquanto componente central da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e guiando-se por atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (OLIVEIRA, 2013).

Tais atributos, principalmente os derivados, permitiram à ESF a capacidade de se estabelecer no Brasil levando-se em consideração os territórios e os distintos contextos onde fora estabelecida, permitindo-se um modo deveras potente de produzir cuidado em saúde. No entanto, tal fato não ocorreu sem contrarrotos, haja vista que, embora estabelecida enquanto um modelo alternativo de assistência à saúde, muito do paradigma biomédico hegemônico ainda persiste nas práticas de saúde oferecidas por este modelo.

Logo, fica evidente que este paradigma, porque biologicista e mecanicista, demonstra-se incapaz de lidar com as dinamicidade e complexidade dos problemas de saúde da população brasileira. Em um país continental e multicultural, requer-se diferentes abordagens para os processos de saúde-doença, exigindo-se um diálogo entre conhecimentos biológicos, psicológicos, sociais e culturais para isso (MELLO, OLIVEIRA, 2013).

Sendo assim, ganha premência o enfoque nas ciências sociais aplicadas enquanto peça-chave para uma melhor compreensão da produção do cuidado em saúde e dos processos de saúde-doença, a fim de se pensar o modelo biomédico a partir de outros modelos que não ele mesmo.

Portanto, destacam-se as dimensões socioculturais para a compreensão da saúde/doença, sobretudo no Brasil, devido à enorme variedade cultural, de crenças e orientações religiosas aqui existentes, dando-se espaço para estudos voltados para o campo da antropologia da saúde e da doença, pesquisando-se sobre os distintos sentidos e significados atribuídos por coletivos, culturas, sujeitos e diferentes religiões praticadas no país às doenças e seus respectivos tratamentos.

Este trabalho, portanto, busca trazer elementos, oriundos de uma etnografia realizada em uma unidade de ESF situada na zona sul da cidade de São Paulo, que venham a colaborar para uma melhor compreensão da intersecção entre as práticas de saúde e religião, considerando as formas como os indivíduos vivenciam e interpretam a doença, o sofrimento, a dor e as práticas de cura, em especial nas religiões de matriz africana em diálogo, ou não, com o modelo biomédico hegemônico.

## CONTEXTUALIZANDO A AB E A ESF NO BRASIL

O processo de implementação do SUS e da AB enquanto políticas de saúde prioritárias não se deu de maneira espúria. Anteriormente ao nascimento do SUS, na década de 1970, no Brasil, definiu-se a necessidade de um Sistema Nacional de Saúde. Este sistema caracterizava-se por atividades de saúde pública que ainda estavam desarticuladas da assistência médica individual. Diante de indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, os profissionais de saúde passavam a recorrer, cada vez mais e pautados no modelo biomédico, a exames complexos e

custosos para diagnosticar as doenças, em detrimento do cuidado aos doentes. Vale frisar, que esse processo, objeto de análises críticas, também ocorria internacionalmente (SILVA JR.; ALVES, 2007).

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

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

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

Isto posto, dentre outros aspectos, a AB instaurou-se no Brasil se guiando pelo atributo da integralidade, tendo-se como enfoque principal a primazia na prevenção de agravos e promoção da saúde, mediante um movimento crítico-reflexivo que se contrapunha a um sistema de saúde focado na medicalização e especialização, característicos do modelo biomédico vigente, dando-se ênfase para ações que fossem capazes de atuar sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), almejando-se, assim, formas mais amplificadas de intervir sobre os processos de saúde-doença (OLIVEIRA, 2013) e isso se deu através da implantação das UBS e, posteriormente, do PSF, atual ESF.

Todavia, faz-se necessário um olhar mais aprofundado sobre o modo como as políticas de AB no Brasil se delinearam, a fim de pretendermos um melhor entendimento sobre sua consolidação frente à produção do cuidado em saúde e seus respectivos significados.

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

Na década seguinte, em 1994, surgia o PSF caracterizando mais um importante passo rumo à reorientação do modelo assistencial, mediante redirecionamento das ações em saúde, afirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE; BEZERRA; BUENO, 2006).

Porém, o PSF configurava um programa de AB bastante limitado, uma vez que os esforços do Ministério da Saúde (MS) ainda se concentravam em questões relacionadas ao financiamento e à descentralização do SUS, em detrimento do enfoque a uma produção do cuidado em saúde adequada aos distintos contextos existentes no país e condizente com as diretrizes da AB, não se dando ênfase à viabilidade deste modelo de atenção à saúde (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Já em 2011, o PSF passa a ESF, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do fomento ao estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território e com foco no trabalho multi e interdisciplinar (OLIVEIRA, 2013).

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

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

Sendo assim, a produção do cuidado em saúde na ESF somente pode ser percebida e compreendida a partir dos diferentes cenários onde encontra-se estabelecida, estimulando estudos que valorizem as dimensões socioculturais dos processos saúde-doença.

### **A produção do cuidado e a importância da dimensão sociocultural para sua análise na ESF.**

Em trabalho já clássico no campo da Saúde Coletiva, Merhy (2002) julga e destaca ser o ato de cuidar a “alma” dos serviços em saúde, o qual deve ter como prerrogativa maior a defesa radical da vida individual e coletiva. Para este, o campo da saúde não tem como principal objeto a cura, ou a promoção de saúde e prevenção de doenças, mas a produção do cuidado, que se constitui como uma “ferramenta” para se atingir a cura e a saúde, objetivos da produção do cuidado.

Todavia, não se faz possível, em nossa perspectiva, haver na produção do cuidado uma separação entre a dimensão sociocultural e saúde. Pelo contrário, estes dois aspectos devem estar sobrepostos um ao outro, tido que

(...) as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. (MINAYO, 2006, p. 205).

Pois então, ganha enorme importância a dimensão sociocultural na produção do cuidado em saúde na ESF, tido que esta procura valorizar os diferentes modelos explicativos da doença dos indivíduos frente aos seus respectivos processos de

saúde-doença, reconhecendo-se os significados sociais e culturais atribuídos por estes ao adoecerem (KLEIMAN, 1980).

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

Desta maneira, em se tratando da multiplicidade de atores e contextos que perpassam as relações entre profissionais de saúde e usuários na ESF no SUS e corroborada por debates acerca da integralidade e humanização na atenção à saúde, as distintas noções de cuidado têm sido corroboradas por reflexões que colocam em destaque as características intersubjetivas do cuidado no contexto da atenção à saúde (SPINK, 2015).

Sá (2009), por exemplo, afirma serem as características intersubjetivas e de intervenção de um sujeito sobre outro, fatores que constituem a essência do trabalho em saúde, variando de acordo com os diferentes contextos histórico-sociais, os quais podem aproximar ou afastar as margens de solidariedade e do cuidado com a vida.

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

Isto é, a doença e a produção do cuidado não podem ser compreendidas por uma lógica universalizante e normatizadora, com os profissionais da saúde estabelecidos como “detentores da verdade”, em detrimentos dos indivíduos doentes (LANGDON, 2010).

Pelo contrário, faz-se necessário uma reflexão constante acerca das possíveis relações entre os serviços de saúde e as diferentes religiões, culturas e saberes populares existentes no Brasil, levando-se em consideração que, tanto a doença, quanto a produção do cuidado, são determinados por fatores outros do que tão

somente uma configuração biológica, sendo representados por uma realidade social e culturalmente construída. Isto é, os usuários e profissionais de saúde, os processos de saúde-doença e a produção do cuidado são constituídos de seres sociais, que necessitam ser vistos em sua totalidade (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

É nesta perspectiva que a antropologia da saúde se orienta, buscando organizar símbolos e as categorias das doenças através de diferentes fontes produtoras de sentido, de origens sociais, culturais, biológicas ou religiosas, dando-se ênfase para a compreensão da vida cotidiana e dos diferentes prismas de mundo dos sujeitos que habitam contextos compostos por diversos padrões socioculturais, inclusive em se tratando de estudar os modos como estes se relacionam com a doença e a saúde (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

Permite, assim, entender os sujeitos por um viés mais abrangente, em que incorpora seus contextos culturais e suas subjetividades, bem como aprofunda-se em uma compreensão mais contígua do universo dos modos de adoecer, levando-se em consideração diferentes concepções de mundo do usuário e do profissional de saúde, as atitudes coletivas frente aos problemas de saúde, os sentidos da doença observados pelos indivíduos em relação às regras e normas da sociedade, de acordo com códigos morais ou religiosos, e o ideal social do que é ser/estar, ou não, saudável (COSTA, 2009; MINAYO, 2006).

### **Algumas ponderações sobre religiosidade e saúde no Brasil**

No Brasil, as ciências humanas e sociais aplicadas à saúde se desenvolveram e se estabeleceram enquanto campo do conhecimento realizando suas investigações e intervenções através da interface com suas diferentes áreas, como a antropologia, a ciência política, a história e a sociologia.

A antropologia da saúde ganha destaque neste cenário de estudos e investigações tido que, criticando e muitas vezes se opondo ao modelo biomédico vigente, vem tomando enquanto objeto de reflexão a enorme gama de recursos terapêuticos e as distintas maneiras de se atingir a cura e lidar com os processos de saúde-doença na sociedade, permitindo inúmeras possibilidades de se conceber saúde e doença no país, bem como considerando a recriação e ressignificação de

conhecimento nas/das práticas de saúde, levando em consideração as diferentes crenças religiosas existentes no país enquanto elementos que não se dissociam da produção do cuidado em saúde (ALVES, MINAYO, 1994).

Isto posto, há de se considerar que boa parte da procura de ajuda religiosa no Brasil ocorre por incorrências relacionadas à saúde, onde a etiologia da doença, para muitos indivíduos e coletividades, não se limita à manifestação fisiológica desta no corpo, mas situa-se atrelada a dimensões espirituais. Nesta perspectiva, as doenças, muitas vezes, podem ser classificadas como de ordem material e/ou espiritual (FERRETI, 2003).

Entretanto, esta classificação não se dá de maneira simples. Muitas doenças podem migrar de uma para a outra e, inclusive, situarem-se nas duas categorias, espiritual e material. Assim, de acordo com a terapia oferecida e o diagnóstico, há a possibilidade de um entrecruzamento de terapêuticas, ora se buscando “especialistas da alma” (mãe de santo, líder religioso), ora o “especialistas do corpo” (profissionais da saúde, em geral), ou mesmo se utilizando de ambas as estratégias para a cura, onde muitos especialistas da alma têm de lidar com sintomas similares a que médicos e outros profissionais da saúde lidam em seus cotidianos de trabalho (REDKO, 1997; RABELO, 1993; PUTTINI, 2008).

Dentre vários aspectos, a religiosidade, atrelada ou não ao modelo biomédico, apresenta-se como importante recurso para os indivíduos e coletividades lidarem com a experiência da angústia, oferecendo terapias que operam processos de cura pelo fato de conferir sentido(s) àquele(a) que está lidando com o sofrimento, bem como daqueles envolvidos na cura, corroborando em uma eficácia simbólica para os processos de saúde-doença (LÉVI-STRAUSS, 2003).

É nesta dimensão que atua, por exemplo, a antropologia interpretativa, uma vez que valoriza os símbolos sagrados como elementos que atuam sintetizando o *ethos* de uma determinada coletividade e sua concepção de mundo, ajustando as ações e experiências humanas em relação ao universo que as circunda, assim como conferindo a possibilidade de construção de um modo de ser e existir no mundo que age no estado de espírito e saúde das pessoas através de suas simbologias (GEERTZ, 1989).

Neste prisma, a religião, muitas vezes, confere aos indivíduos recursos para lidar com o sofrimento, oferece ferramentas para o ser humano conceber e compreender o mundo, expressar emoções, corroborando positivamente a existência, as experiências e as ações humanas, podendo tornar suportável aquilo que, muitas vezes, os sujeitos se recusariam a tolerar conscientemente, ordenando e integrando acontecimentos desordenados e conferindo distintos sentido(s) e significado(s) a estes, podendo representar processos de cura (GEERTZ, 1989; LÉVI-STRAUSS, 2003).

Sendo assim, em uma sociedade complexa, multicultural e permeada por diversas manifestações religiosas como o Brasil, concordamos com a perspectiva de que existem entendimentos nas práticas de saúde que se inter-relacionam, oscilando entre questões de sentido e significado e processos etiológicos-terapêuticos e que resultam em um universo social em que distintas formas de cura e terapêutica coexistem, configurando-se em “medicinas paralelas” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989).

É nesta fronteira que se encontra a antropologia da saúde, pelo fato de considerar que, mesmo com uma multiplicidade de visões de mundo e maneiras de experienciá-lo, pode-se considerar, na produção do cuidado em saúde, espaços para se partilhar definições comuns de realidade que atuam em uma mesma província de significado, construída socialmente, permitindo que crenças e valores comuns interajam mediante as mesmas redes de significados em distintos contextos e experiências e resultando em maior ou menor grau de adesão e comprometimento dos indivíduos e coletividades, diante destes contextos e experiências, assim como em múltiplos itinerários terapêuticos (SCHUTZ, 1979; GEERTZ, 1989).

## **METODOLOGIA**

Ancorando-nos na antropologia interpretativa, realizamos uma etnografia almejando-se uma busca de estruturas de significados, contextualizadas por meio da descrição densa, de acordo com Geertz (1989), com vistas a uma abordagem qualitativa que alocasse a esfera das relações em saúde como fenômenos sociais (MINAYO, 2000), de maneira a considerar que estas relações, sob esta ótica, se

expressam por meio de significados, sentidos, crenças, valores e experiências dos sujeitos em todos os processos de saúde-doença e encontros clínicos (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Partindo da definição de que o “homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e sendo a cultura estas teias” (GEERTZ, 1989, p.4), é importante compreendermos que a cultura configura a impressão subjetiva dos sujeitos sobre determinada realidade, mediante categorias pré-existentes do seu universo de referência, permitindo interpretações particulares sobre um determinado contexto, as quais podem manifestar em diferentes concepções de saúde, corpo e doença.

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

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

Desta maneira, para que ocorra este tipo de observação, é necessária uma forma específica de olhar e ouvir. Configurando-se em uma abordagem que procura dar voz àquilo que os homens falam, é imprescindível o estabelecimento de relações, não instituídas de maneira superficial. Logo, para que ocorra a análise interpretativa do discurso deste que chamamos “o outro”, portanto, é importante a formação de uma relação dialógica e empática, entre pesquisador e interlocutor(es), para que a intersubjetividade e as estruturas significantes ganhem destaque (OLIVEIRA, 2006).

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

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter etnográfico em uma unidade de ESF, na zona sul de São Paulo-SP. O trabalho de campo se deu através da observação participante, realizada ao longo dos anos de 2021 e 2022, em plena pandemia de COVID-19, com visitas frequentes a este espaço e organização das observações em diário de campo. A produção de dados se deu também por meio de entrevistas abertas, conversas informais, bem como acompanhamentos de reuniões de equipe e visitas domiciliares, da cobertura assistencial da ESF.

Por se tratar de dados preliminares do campo de pesquisa, nos atemos à observação participante de uma visita domiciliar, um tanto quanto particular, em que alguns traços e elementos da religião de matriz africana da umbanda surgiram diante da produção do cuidado em saúde por integrantes da equipe multidisciplinar que era acompanhada e usuários no momento da observação participante.

Entretanto, julgamos pertinente ressaltar alguns aspectos referentes à cosmologia e à organização social do universo cultural da umbanda, para tentarmos compreender como a produção do cuidado na ESF e esta religião se implicaram nos relatos que virão a seguir, considerando-se os rituais e as práticas de seus agentes como aspectos fundantes para refletirmos sobre aspectos referentes aos processos de saúde-doença diante dessa religião.

Neste sentido, traremos sumariamente algumas considerações a respeito dessa religião afro-brasileira, antes de entrarmos nos dados etnográficos. Isto posto, “umbanda” origina-se de um termo banto, configurando uma religião brasileira que, além de pensar componentes históricos da sociedade, se ratifica mediante uma composição de práticas que sincretizam os santos protetores do catolicismo, os espíritos dos indígenas nativos, os orixás africanos, retrabalhando também a ideia de reencarnação contida no espiritismo kardecista (LAPLANTINE, 2001).

Na umbanda, a manutenção ou enfraquecimento do axé é o que corrobora a pessoa ter saúde ou adoecer. Axé representa uma palavra que significa “força vital”. Deste modo, transmite-se o axé entre os sujeitos nos rituais da umbanda mediante as distintas entidades espirituais que “descem” nos médiuns, sendo estes os indivíduos que intermediam o contato entre as divindades e os frequentadores/pacientes (LAPLANTINE, 2001). Mas, como veremos adiante, não é somente no terreiro de umbanda que essa mediunidade aparece.

Cabe ressaltar aqui que o trabalho foi aprovado no comitê de ética da Escola de Enfermagem da USP e na Plataforma Brasil, sob parecer nº4.362.044.

### **Alternância de papéis, mediadas pela religião, nas práticas de saúde na ESF**

Vários foram os contextos que permearam os nossos achados. Entre conversas no refeitório, nas portas dos banheiros, nos corredores, no interior da UBS, na portaria, no acompanhamento de reuniões de equipe e entrevistas, muitas seriam as abordagens que poderíamos aqui trazer. Julgamos pertinente também elencarmos que todos os nomes que aparecerão em nossa análise são fictícios, a fim de preservar o anonimato de nossos sujeitos de pesquisa.

A análise e os trechos de campos de pesquisa que traremos a seguir referem-se a uma visita domiciliar, as tão conhecidas VDs. Tal VD fora realizada na casa da dona Jurema, uma senhora que se encontrava acamada, e sua família. Esta visita ocorreu acompanhando-se um médico e uma Agente Comunitária da Saúde (ACS) de uma das equipes multidisciplinares da UBS, que tem em seus componentes assistenciais a ESF. A escolha de uma análise pautada em material coletado em VD fundamenta-se, dentre outros fatores, pelo fato de que a VD

“(...) traz consigo um significado simbólico muito forte: ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe. Ela fortalece o vínculo entre o profissional, equipe e o usuário” (BORGES; D’OLIVEIRA, 2011, p. 462).

Neste prisma, na VD realizada à dona Jurema, vários aspectos importantes à produção do cuidado na AB/ESF surgiram. Dentre eles, ganhou premência a dimensão sociocultural na produção do cuidado em saúde, onde se foi valorizado, em todo o encontro, os distintos modelos explicativos da doença dos sujeitos em interação frente aos seus respectivos processos de saúde-doença, reconhecendo-se os significados socioculturais atribuídos por estes ao adoecerem (KLEIMAN, 1980).

Cabe ressaltar que algo, digamos assim, pouco comum ocorreu nesta VD. O Ronaldo, médico da família que acompanhávamos, é um médico negro e adepto da religião de matriz africana da umbanda. O pesquisador, também negro, vem de raízes assentadas no candomblé e a ACS que estava presente, é também negra, mas não

declarou seguir nenhuma religião. Todos estes, como se verá a seguir, são fatores relevantes nos apontamentos e trechos de diário de campo que seguem.

*Ao chegarmos na casa, fomos recebidos pela filha da dona Jurema, a Neyde.*

*O Ronaldo começou perguntando:*

*- É você que é a cuidadora da dona Jurema? A cuidadora principal? É tudo então, filha, cuidadora...!*

*- Fazer o quê, né? Pode entrar, tá gente?!*

*- A gente pode conversar aqui um pouquinho antes? Até pra gente entender um pouquinho (do caso), né? Disse o médico.*

Tal VD foi imbuída por grande complexidade, sendo difícil esgotar todos os aspectos que a permearam aqui. Mas tentaremos fazê-lo da melhor maneira. Na perspectiva da coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade, vimos a importância de outros profissionais, que não o médico, na produção do cuidado em saúde, como se verá a seguir.

O médico perguntou à Neyde se eles já se conheciam, pois tinha ficado com esta “impressão”. Ela respondeu que não, dizendo que todas as vezes, desde o período em que o médico estava na unidade, foram sua sobrinha mais um rapaz, seu filho, quem tinham levado sua mãe para a UBS.

A Neyde disse que iria pegar todos os documentos que tinha ali para que o médico avaliasse e que iria falar sobre o quadro cardiológico de sua mãe. Havia, no interior da casa, um templo no canto da sala, parecia um templo de terreiro de umbanda ou candomblé:

*O médico, ao pegar os papeis (exames diagnósticos) trazidos pela Neyde perguntou, surpreso:*

*- Ela recebeu alta do hospital ontem?*

*- É! Por isso que eu falei que você veio na hora certa! Disse a Neyde.*

*- Eu passei aqui no Sábado! Aí eu toquei duas vezes e ninguém atendeu! Aí eu pensei: algo está errado! Disse a ACS logo em seguida.*

A ACS, que havia estabelecido juntamente da equipe, em reunião, que a visita à dona Jurema era uma prioridade, evidenciou a grande importância do papel exercido por estas(es) profissionais de saúde na produção do cuidado. Pelo fato de estarem em contato permanente com o território, inclusive habitando estes espaços, são

elas(es) também sujeitos-chave para que o trabalho da ESF possa ser alcançado em sua plenitude.

No entanto, tal fato somente se deu pelo fomento à uma certa horizontalidade estabelecida entre os profissionais de saúde na coordenação do cuidado, i.e., se o médico, neste caso, não tivesse ouvido à convocação da ACS para tal VD como uma prioridade, nada disso teria acontecido, corroborando uma atitude cuidadora que não se limita à uma dimensão corporativo-centrada e técnica das práticas em saúde, mas orientada ético-político e afetivamente, onde cuidar remete-se também a importar-se com que ou aquilo que se pretende cuidar (OLIVEIRA, 2013; PUIG DE LA BELLACASA, 2012).

Durante boa parte do encontro, muito se dialogou, principalmente entre o médico e a Neyde, sobre o quadro de saúde da dona Jurema, mediante apresentação de uma série de exames diagnósticos e do histórico de saúde da usuária, para que ele entendesse um pouco mais antes de ir falar diretamente com a senhora:

*O médico continuava a olhar para os exames, uma vasta pilha de papéis, onde ele ia tirando algumas conclusões sobre o quadro da dona Helena. Nesse meio tempo, a Neyde disse para mim (pesquisador), percebendo que eu olhava para algumas fotos penduradas na parede:*

*- Esse irmão dela gente (da dona Jurema) fez 100 anos, dia 17 agora! Família ruim de morrer, viu?!*

*- Ou boa de viver, né!? Retruquei seu comentário.*

*- São índios, né?! Todos acham que a parte negra vem da parte da minha mãe! Meu pai era branco! A bisavó era escrava! Na minha família, as três pessoas mais negras são eu e minhas duas tias!*

*- Que mistura boa que você tem, hein?! Disse o médico.*

Ao adentrarem no quarto, médico, ACS, pesquisador e filha/cuidadora foram em direção à dona Jurema, que se encontrava acamada. Muito gentilmente esta recebeu tod@s que ali apareceram. Impossível foi não notar a guia de proteção branca que estava pendurada na cabeceira da cama, guia esta costumeiramente utilizada como referência à Oxalá, orixá da criação, o responsável por tudo o que cresce, representado pela cor branca e que é sincretizado na Umbanda com Jesus

Cristo jovem e no Candomblé representado como um guerreiro audaz (BARBOSA JÚNIOR, 2014):

*Nos encaminhamos para o quarto onde estava a dona Jurema. (...) O Ronaldo (médico) entrou no quarto e cumprimentou a senhora:*

*- E aí querida! Você tá bem? Fiquei sabendo que você deu um passeio esses dias, foi? Perguntou o médico.*

*- Pois é, menino!*

*- O quê que você aprontou mulher?*

*O médico se sentou de frente para a cama onde se situava a dona Jurema, enquanto conversava com ela:*

*- O quê aconteceu com a senhora?*

*- Tô dando trabalho pro senhor, né?*

*- Não! Mas, assim, se não der trabalho eu não ganho dinheiro! Disse o médico brincando. Eu não vivo! Continuou.*

*Todos riram com essa brincadeira. Ele seguiu a conversa com a dona Jurema dizendo que ser médico era uma coisa meio sádica, porque o seu ofício gira em torno de existirem pessoas doentes:*

*- Olha só, eu vim puxar a sua orelha!*

*- Ah é?! Por quê?*

*- Porque você escondeu!*

*- Escondi o quê?*

*- Que tava mal! Não pode esconder da gente!*

*- Sabe dr., é uma correria danada aqui de trabalhar pra lá e pra cá e eu fico dando mais trabalho pra essa turma aí....*

*- Ué! Mas a gente trabalha pra senhora ter saúde também! Pra senhora ter uma vida! E, assim, e se alguma coisa pior acontece com a senhora? Nada desses trabalhos vai valer! O que vale é a vida, né? Retrucou o médico.*

Ao contrário do que estaria estabelecido pelo modelo biomédico quando destas interações, foi a dona Jurema, acamada e debilitada, quem cuidou(a), ou ao menos tentou cuidar, tanto de sua família quanto da equipe. Para a usuária, uma tentativa de se (auto)cuidar, mesmo que isso tenha piorado o seu quadro de saúde,

representou uma demonstração de importar-se com seus familiares e com a equipe de saúde, com vistas a não “incomodá-los”.

O médico, que já conhecia a usuária mesmo sem tê-la visitado anteriormente, exercendo certa autoridade médica, procurou produzir cuidado *com* a usuária, demonstrando importar-se com ela, não se limitando a oferecer uma prática técnica-cuidadora (MERHY, 2002). Após examinar minuciosamente o corpo da usuária, respeitosamente tocando-a e apalpando-a, o médico sugeriu que todos se encaminhassem novamente para a sala da casa. Após saírem todos do quarto da dona Jurema e se encaminharam para a sala, os diálogos tomaram outros rumos para a produção do cuidado. O médico, agora, dirigiu-se à Neyde, perguntando:

*- E a senhora? Tá se cuidando?*

*- Depois que terminar tudo isso, eu vou passar no reumatologista!*

O médico perguntou sobre os exames de Papanicolau, mamografia e outros exames de rotina. Ela respondeu:

*- Faz muito tempo que eu não faço nada!*

O Ronaldo perguntou com quantos anos a Neyde estava. Ela respondeu que tinha 60. O médico, em tom um pouco mais sério e olhando nos olhos da Neyde, disse:

*- Ô Neyde! Vamo falar sério? Vamo se cuidar?*

A Neyde, encabulada inicialmente e agora aos prantos, respondeu:

*- Não adianta você falar disso agora comigo! Porque, enquanto a minha mãe não estiver bem, eu não vou ter cabeça pra isso! Não adianta!*

*- Mas cabeça pra quê? Perguntou o médico.*

*- Na hora que a minha mãe estiver estabilizada eu faço tudo isso!*

*- Mas ela já está! Respondeu o médico, claramente comovido com a situação.*

*- Eu já me comprometi de ir pro médico e de fazer todos os meus exames e tudo o que é meu! Até porque, o que mais me preocupa é que eu estou perdendo as forças! Bem ela não vai ficar mais dr.! Recuperando-se do choro.*

*- A gente tá falando do padrão dela! Ela é uma senhora de quase 80 anos! Que tem algumas complicações de saúde! Pro padrão dela, ela tá bem! Disse o médico.*

Tal momento, nos convoca à grande complexidade que a produção do cuidado apresenta, e sua potencialidade na ESF. Pelo quadro apresentado por sua mãe e por ser a cuidadora principal dela, a Neyde, quando convocada para o

autocuidado e autonomia diante de seus processos de saúde-doença, não se furtou de demonstrar sua fragilidade para o médico, trazendo, a seu modo, para o encontro sua(s) necessidade(s) de cuidado:

*- Você viu? Ela ficou o tempo todo querendo demonstrar: sou forte, sou forte, sou forte! Eu dei uma cutucada a mais e ela desmoronou! Não tem jeito! É muito difícil cuidar do jeito que ela cuida! Ela já perdeu mão da individualidade dela! Perdeu várias coisas! Só que não foi só isso que aconteceu mano! Neste momento ela incorporou! Disse o médico.*

*- Na verdade, o que ela tá precisando mesmo é trocar uma ideia, né? Disse o pesquisador.*

*- Exato! E o exame é só uma maneira de eu amarrar isso, entendeu? Obrigatoriamente eu vou ver ela! E, quando isso acontecer, eu vou trazer a responsabilidade dela pro (auto)cuidado! Eu dei uma responsabilidade pra ela com ela mesma! O exame é só um motivo pra ela me procurar! Quando ela me procurar, já era!*

Em se tratando do atributo de competência cultural na ESF e dos distintos modelos explicativos nos processos de saúde-doença, algo inusitado aconteceu. Na porta da sala da casa, havia um altar com alguns elementos e figuras religiosas. O Ronaldo perguntou, ao observar mais atentamente o altar:

*- Vocês são espíritas?*

*- Não, eu sou umbandista! Frequento a Umbanda há 46 anos, mas a minha mãe de santo morreu, então estou procurando um centro novo para voltar a frequentar o terreiro! Respondeu a Neyde.*

*- Eu também! Desde pequenininho! Eu nasci no terreiro (de umbanda)! A minha mãe é mãe de santo! Disse o médico.*

*- Eu não nasci no terreiro, mas tô nele há muito tempo já!*

*- Senti a energia da sua casa! Bem casa de umbanda mesmo! Acho que por isso achei que te conhecia! Na verdade, a gente já se conhecia, né?*

A Neyde, neste momento sentindo-se mais à vontade, foi mostrando para o médico as plantas e ornamentos que compunham a casa, explicando para o médico a finalidade de cada uma das coisas que estavam por ali. Ao nos dirigirmos ao portão da casa, a Neyde mostrou para todos onde ela guardava suas oferendas para Exu,

orixá guardião da comunicação, que faz parte das religiões originárias da África, como do Candomblé e da Umbanda (BARBOSA JÚNIOR, 2014).

O Ronaldo e a Neyde foram compartilhando este saber comum que tinham, conversando sobre suas “demandas espirituais” e suas respectivas experiências nos terreiros de umbanda que frequentam. O médico disse para ela:

*- A gente tem que cuidar do nosso lado espiritual, né? Quem você acha que me mandou aqui? Hã?*

*- Não tenho dúvidas! Respondeu a Neyde com seriedade e olhando fixamente para médico.*

*- Tchau minha amiga! Precisando de alguma coisa, estamos aqui, tá?*

Em conversa mais informal, entre pesquisador e médico, ficou evidente a perspectiva que fomenta o que procuramos compreender acerca dos significados sobre a produção do cuidado em saúde e sobre a VD enquanto *locus* privilegiado da ESF/AB para a produção do cuidado em saúde e enquanto modelo alternativo ao modelo biomédico na assistência à saúde no SUS. Além disso, ressaltou-se a sua intersecção com os aspectos socioculturais que permeiam as práticas de saúde, representando a dimensão daquilo denominado como “medicinas paralelas”:

*- Pois é meu caro! É muito interessante ir na casa das pessoas para cuidar, sabe?! A gente vai na casa dos outros, achando que a gente que tá cuidando, mas, no fim das contas, muitas vezes são os outros que tão cuidando da gente! A Neyde mostrar onde ela guarda o Marabô<sup>3</sup> dela, apontou pra mim que eu tenho de cuidar e saudar o meu! Coisa louca, né?*

A Neyde, ao se despedir do médico e do pesquisador, fez uma saudação de umbanda, que consiste em beijar o dorso da mão do outro e colocar, em seguida, a mão deste outro na testa, gesto este comumente realizado em sinal de reconhecimento e respeito àquele que se considera uma “autoridade religiosa” (BARBOSA JÚNIOR, 2014). Ambos retribuíram o reconhecimento da senhora, que disse estar pedindo para seus guias esta visita domiciliar há tempos.

---

<sup>3</sup> Exu Marabô é um dos mais conhecidos pelos adeptos da afro religião da umbanda. Tal entidade correlaciona-se com negociações, dinheiro, emprego, entre outros. Seu assentamento é repleto de muito ferro, por conta de sua ligação com a “rua”. São chamados “Exus de rua”, fazendo-se alusão àqueles fazem trabalhos mais voltados ao âmbito material (Barbosa Júnior, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como procuramos demonstrar com o presente trabalho, o SUS, enquanto uma das principais e maiores políticas públicas do Brasil, apresenta-se com grande complexidade em suas atribuições assistenciais. Por sua vez, a PNAB, enquanto uma das políticas prioritárias do sistema de saúde brasileiro, tem uma grande capilaridade nacional, atendendo grande parcela da população, chegando a quase 176 milhões de usuários em sua cobertura assistencial, cerca de 75% da população.

Não obstante, a ESF, tida enquanto um modelo de assistência à saúde da AB, estabeleceu-se enquanto uma alternativa ao modelo biomédico, situando-se em diferentes contextos no país e apresentando-se com enorme potencial para a produção do cuidado em saúde, devido a seus atributos, essenciais e derivados, permitindo uma possibilidade diversa ao modelo biomédico nas práticas de saúde.

Neste sentido, os dados de campo e a análise que apresentamos procuraram demonstrar e realçar tal potencial, de modo a corroborar que a produção do cuidado na ESF pode alcançar (e alcança!) distintos significados e sentidos, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os usuários, todos parte deste modelo assistencial do SUS.

Isto posto, realça-se a importância das Ciências Sociais e Humanas aplicadas à saúde, em nosso caso a Antropologia da Saúde, para se ter uma melhor compreensão da importância do SUS e da PNAB, a ESF inclusa, enquanto políticas públicas fundamentais para se garantir uma assistência à saúde digna e não limitada ao modelo biomédico, reconhecendo-se a interseção de pressupostos culturais, políticos, psicossociais, éticos e afetivos como partes indissociáveis da produção do cuidado em saúde.

Portanto, para que profissionais de saúde e usuários do SUS possam atingir este potencial tamanho que esta política pública e social pode alcançar, faz-se necessário um maior investimento, material e simbólico, por parte do Estado brasileiro, para uma ampliação na qualidade e infraestrutura dos equipamentos de saúde por todo Brasil.

Tão importante quanto, é a valorização de diferentes frentes de conhecimento na formação dos profissionais de saúde e nas suas conseqüentes práticas como um

todo, valorizando-se as diversidades sociocultural e territorial que compõem o país, dando-se espaço para distintas concepções de mundo em todos os processos de saúde-doença e produção do cuidado, englobando-se, em nosso exemplo, as várias religiões que aqui existem e que permeiam substancialmente a interação entre os distintos sujeitos na assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C.; BUENO, I. C. H. C. “Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família”. In: Orgs: CAMPOS, G.W.S.; MYNAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 783-836, 2006.

AYRES, J. R. C. M.. “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. “A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades”. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, 2010.

BARBOSA JÚNIOR, A. **O livro essencial de Umbanda**. Universo livros, p.336, São Paulo, 2014.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, abr./jun, 2011.

CAPRARA, A. “Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, 19(4):923-931. Rio de Janeiro, 2003.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v.4, 2008.

COSTA, C. A. S. **Antropologia e saúde**: algumas considerações. Contribuciones a las Ciencias Sociales, Málaga, n. 4, jun, 2009. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/04/casc4.htm>. Acesso em ago. 2022.

FERRETI, M. M. R. “Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças”. In: **Seminário Nacional: Religiões Afro-Brasileiras e Saúde**, 2., 2003, São Luís. Anais... São Luís: CCNMA, p. 1, 2003.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF: Contradições e desafios**. Os Modelos Tecnoassistenciais e Processos de Trabalho em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva e Social / FCM / UNICAMP. Campinas, 1999.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

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

LANGDON, E. J. Mesa Redonda 5: medicinas tradicionais e políticas de saúde pública: sobre conceitos e relações. In: **Reunião Brasileira de Antropologia: Brasil Plural: Conhecimentos, Saberes Tradicionais E Direitos À Diversidade**, 27., 2010, Belém. Guia de Programação. Belém: Associação Brasileira de Antropologia, p. 23-24, 2010.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. p. 241-259, 2001.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Ver. Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.1024-1035, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/v22n4/06.pdf>. Acesso em ago. 2022.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. **Saúde em Debate**, 145. Ed. Hucitec, São Paulo, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. p.189-218, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Cobertura da Atenção Básica. e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica**, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

OLIVEIRA, R. C. **O Trabalho do Antropólogo**. Brasília/São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp. 220 pp, 2006.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, p. 71-164. Brasília, 2013.

PUIG DE LA BELLACASA, M. **Nothing comes without its world**: thinking with care. *The Sociological Review*, 60: 2, UK, 2012.

PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 87-106, 2008.

RABELO, M. C. Religion and cure: some thoughts on the religious experience of urban popular classes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 316-325, 1993.

REDKO, C. P. Religious idioms of distress in urban Brazil. **Psychiatry on Line Brazil**. São Paulo, v. 2, n. 11, 1997.

Disponível em: <https://www.priory.com/psych/relig.htm>. Acesso em ago. 2022.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a 'humanização' das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, p. 651-64, 2009.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SILVA JR., A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: M.V.G.C. MOROSINI; A. D. A. CORBO (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3, Rio de Janeiro, 2007.

SPINK, M. J. P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p.115-123, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia **[Internet]**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisaDetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisaDetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609). Acesso em jul. 2022.

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

*Recebido em 31/05/2023*

*Versão corrigida recebida em 27/07/2023*

*Aceito em 20/08/2023*

*Publicado online em 26/08/2023*