

Significados de la relación médico-paciente en la estrategia de salud de las familias: reflexiones sobre la atención de la salud, desde la perspectiva de los usuarios.

Marcelo Pereira de Brito, Eunice Nakamura

Introducción

Entendemos la Atención Primaria a la Salud (APS) como un modelo que puede revelar cómo organizar acciones de atención en salud,³² destacamos que el proceso de implementación de la APS en Brasil ha adoptado como estrategia política el denominado Estrategia Salud-Familia (EAS), conectado con un conjunto de acciones y servicios que van más allá de la atención médica. Sin embargo, como política de salud en proceso,¹ la EPS también cuenta con un elemento central de la atención a la salud: la relación clínica entre el médico y el paciente²³.

Por lo tanto, el estudio de la relación médico-paciente y el abanico de quienes reciben atención médica, son temas relevantes para la comprensión de cómo se ha implementado en Brasil la EPS históricamente y en la actualidad.

Las directrices de la APS y la consolidación de la EAS en Brasil

Con la realización de la Conferencia de Alma-Ata en 1978, en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se estableció la doctrina de la APS, que debía orientarse de acuerdo con los principales problemas de salud de cada comunidad y proporcionar servicios preventivos, curativos y

de rehabilitación, promoción de la salud,¹ siendo las estrategias organizativas y la reorganización de los sistemas de salud aspectos esenciales para su aplicación, junto con el cambio en la práctica de la atención clínica por parte de los profesionales de la salud, guiados por los atributos derivados, que consisten en la orientación hacia la familia y la comunidad, la competencia cultural²⁸ y sus atributos esenciales.

En cuanto a los atributos esenciales destacan: a) atención de primer contacto; b) longitudinalidad (atención regular a lo largo del tiempo),³⁵ siendo la acogida una pauta importante consistente con este atributo;³⁶ c) completud, que se basa en el abordaje integral del individuo y su familia, la articulación de la promoción, la prevención y la protección, la atención a los tres niveles de complejidad de los cuidados de salud y la prioridad de la promoción y la prevención¹⁵ y d) la coordinación de los cuidados para garantizar la continuidad de la atención a través del reconocimiento de problemas por parte de los equipos de salud.²⁴

Llamo la atención sobre la perspectiva del abordaje integral del individuo con su familia, lo que apunta a la necesidad de redefinición de las prácticas de salud, dirigidas a establecer vínculos, a la acogida y autonomía, reconociendo y valorando la subjetividad intrínseca al trabajo de salud y permitiendo intervenciones centradas en el usuario.²⁸

En Brasil, los principios y atributos de la APS, fueron sumamente relevantes para la construcción del Sistema Único de Salud (SUS). Considerando

Marcelo Pereira de Brito, Maestro. Universidad de San Pablo,

Correo-r : marcelopbr23@gmail.com

Eunice Nakamura, Doctora. Universidad Federal de San Pablo,

Correo-e: eunice_nakamura@hotmail.com

la importancia de la ESF para la reorganización de la atención primaria en Brasil, el Ministerio de Salud publicó la Ordenanza n° 648, 28 de marzo de 2006, consolidando como prioridad estratégica la ESF.⁵ Actualmente, está establecida en 5,469 municipios, 5,570 existentes, cubriendo aproximadamente 155 millones de personas en todo el país.⁶ Sin embargo, el proceso histórico de su establecimiento, implementación y expansión se produjo de manera bastante problemática.

[...] una reducción del papel del Estado y la contención del gasto público, un aumento de las modalidades alternativas de contratación de servicios de cuidado a la salud, la precarización de la fuerza de trabajo en la salud y el desplazamiento de la responsabilidad y costos del sistema de salud desde el gobierno federal a otros niveles de gobiernos, el proyecto hegemónico imperante de reforma del Estado.³ (p. 35)

Por lo tanto, debido a que fue guiado por una normatividad de descentralización e inducción financiera, la expansión de la ESF en Brasil, en lugar de ayudar a resolver los problemas relacionados con la oferta adecuada de atención básica de salud en los diferentes contextos en los que se insertó, dio lugar a la aparición de nuevos problemas y debilidades, no promovió soluciones a los estancamientos anteriores e impidió aún más su institucionalización como reorientación política del modelo de atención de salud.³

En este sentido, si bien se espera de los profesionales que trabajan en la ESF, especialmente de los médicos, que sean dinámicos, tengan una formación humanista que potencie la relación médico-paciente y el deber ético de la profesión, entre otras cualidades,¹¹ nada garantiza que las estrategias de la ESF "[...] rompan con las dinámicas médico-céntricas, es decir, el modelo hegemónico actual".¹² (p. 4)

De este modo, se encuentran en la literatura^{33,38,39} muchos interrogantes sobre la viabilidad política y de ejercicio profesional que se presentan como problemas para la consolidación de la ESF.

Perspectivas socioculturales de la relación médico-paciente

Las reformas al sistema de salud, así como los avances teóricos y conceptuales en Brasil, procuran el establecimiento de una relación dialogada y horizontal entre los profesionales y los usuarios, especialmente los médicos, así como por la inclusión de nuevos actores, conocimientos y prácticas en favor de las acciones básicas de salud.¹⁰

A través de una perspectiva socio-histórica, a diferencia de otras profesiones, el médico no perdió su hegemonía sobre el saber de la salud ante la consolidación del modelo capitalista. Al contrario, con el progreso científico y una exagerada valoración de la ciencia y la racionalización del conocimiento, la medicina se consolidó aún más en su ejercicio, que centralizado en la práctica con el paciente (y su enfermedad), perdió sus dimensiones sociales y subjetividad, para consolidarse en un cuerpo de conocimiento científicamente reconocido.³¹

Soares y Camargo Jr.³⁴ enfatizan la asimetría en la relación médico-paciente, señalando una distribución desigual de autoridad, resultante de la racionalidad y el tecnicismo presentes en esta relación, que confiere un carácter de pasividad y dependencia al paciente frente el médico.

Respecto a esta noción de asimetría en la relación médico-paciente, el sociólogo Luc Boltanski², destacó cómo las acciones y representaciones que constituyen las prácticas de salud están incrustadas a una estructura de clase, destacando diversos aspectos presentes en esta relación, como la barrera lingüística que separa al médico de sus pacientes de las clases populares y los diferentes significados que el consumo médico puede tener en los pacientes pertenecientes a diferentes clases sociales, señalando que existe una brecha social en la relación médico-paciente,² destacando que la forma en que los pacientes hablan de su enfermedad, sus percepciones del proceso salud/enfermedad, así como sus nociones de ciudadanía y derechos, frente

al sistema público de salud pueden estar relacionadas con su nivel de escolaridad.³⁰

La Plantine¹⁹ también destaca que la medicina avanza a través de la descontextualización cultural de la enfermedad y una relación con los pacientes ciega ante la dimensión social, con base en que el pensamiento científico busca disociar la enfermedad de su contexto social. Sin embargo, esta es una tarea imposible, ya que la enfermedad no puede ser aislada de la cultura; los individuos, en sus experiencias de la enfermedad, realizan una reinterpretación simbólica de la práctica y el discurso académico a través del material puesto a su disposición mediante sus respectivos entornos culturales.

Mientras tanto, la hegemonía del discurso biomédico implica, en cierta medida, que la medicina se convirtió en una "cultura global" que ha erigido una moralización de la enfermedad y se ha establecido como una nueva normatividad que premia la obediencia, castiga las medidas de transgresión de la ignorancia y lucha contra las medicinas no oficiales, interviniendo cada vez más en más áreas más extensas de la vida cotidiana.¹⁹

Latour²⁰ contribuye a esta reflexión, señalando la existencia de desigualdades en la sociedad, que no pueden ser ignoradas o tratadas como producto de la inercia, sino como fruto de un proceso. Considerando lo social como sinónimo de asociación(es), plantea que no hay poder duradero desde los vínculos y las relaciones constituidas sólo de material social y apuntando a otros actores más allá de lo social, que existen en estas relaciones, destacando la presencia de "cosas" y "objetos" como contribuyentes importantes en la permanencia de los vínculos y el mantenimiento de las relaciones de poder.

Un aspecto que impregna la relación médico-paciente, especialmente en el encuentro clínico, es la comunicación, que puede ser obstaculizada por las relaciones de poder, de clase y cuestiones socio-culturales. Tenemos la perspectiva sociocultural, que puede ayudarnos a reflexionar sobre el tema para estudio, indicando que la realidad puede ser mejor comprendida cuando se establece desde los puntos de vista de los pacientes

y otras personas involucradas en el proceso terapéutico.¹⁷

Por lo tanto, las diferentes explicaciones dadas por pacientes y médicos respecto a la enfermedad, así como los significados sociales y culturales de las experiencias de enfermedad, pueden corroborar un auténtico "bloqueo relacional".¹⁸

Así, la perspectiva laica del paciente puede estar permeada por el "pensamiento mágico", un tipo de conocimiento sobre la percepción y la imaginación, muy cercano a la intuición sensual, que implica diferentes formas de abstracción, no guiadas por conceptos relacionados con la racionalidad científica.²²

Debemos destacar que la respuesta del individuo, de una cultura o sociedad particular a una enfermedad, siempre estará permeada por su visión colectiva, familiar y/o comunitaria en la que se desenvuelve. Añade al reconocimiento social de las prácticas curativas la propia creencia en el "sanador", o médico profesional de hoy, es decir, la eficacia simbólica tras la propuesta terapéutica al paciente.²¹

Gomes *et al.*, al estudiar la relación médico-paciente en el contexto de la APS y de la EPS elaboraron una clasificación didáctica de esta relación, organizada en tres apartados:¹⁶

El primero se refiere al encuentro centrado en el paciente, durante el que se produce la preocupación por el otro y la conversación se realiza para satisfacer las necesidades expresadas por los pacientes, valorando los recursos del propio individuo y otras posibilidades terapéuticas.¹⁶

El segundo caso se denominó reunión sin comprensión, con un discurso impregnado de expresiones técnicas y científicas incomprensibles para la mayoría de los pacientes y una consulta centrada en la enfermedad, el tratamiento y las pruebas diagnósticas.¹⁶

Por último, existe un tipo de encuentro a corto plazo, marcado por una consulta rápida, con el tiempo de consulta dirigido a una resolución prescriptiva, limitada al síntoma.¹⁶

Como se señala en los estudios que abordan la relación médico-paciente, es evidente la importancia del diálogo y la comunicación como "sustancia" principal de esta relación, en particular, en el encuentro clínico,³⁷ ya que la enfermedad es una experiencia vivida por un individuo, el paciente, que busca darle un sentido, de allí la importancia de la perspectiva del paciente.³⁴

Así, en la búsqueda de una mejor comunicación con el paciente, especialmente a través del diálogo y la valoración de su perspectiva, se espera que el médico de familia trascienda la división cuerpo/mente, que tiene un carácter reduccionista y mecanicista, enfatizando la construcción de un vínculo con el paciente basado en la complicidad y el afecto.²³ Cabe destacar también la presencia de la intuición, considerada como capacidad sintética del pensamiento, surgida de la sensibilidad y no de la razón, que puede ayudar en la toma de decisiones concretas.²⁶

En este sentido, se valora el hecho de que las personas desarrollen explicaciones singulares sobre las causas de la enfermedad, generando así diferentes discursos y significados sobre su condición de salud/enfermedad, que no pueden ser atados a la racionalidad médica científica.²⁷

Método

El enfoque cualitativo se eligió como el más adecuado para abarcar el ámbito de las relaciones de salud como fenómeno social.²⁵ Cabe destacar la perspectiva hermenéutica por su importancia en el abordaje interpretativo del proceso salud/enfermedad, ya que la cultura produce estructuras simbólicas, metáforas y otras figuras vinculadas a las enfermedades que configuran la impresión subjetiva del individuo sobre la realidad.^{7,8,13}

Uno de los enfoques de inspiración etnográfica se volvió importante para permitir el estudio de un determinado contexto a través del análisis del discurso, la interpretación de los significados presentes en el evento de hablar en relación con los comportamientos, desde donde estos significados se producen.¹³

Dado que la dimensión simbólica y cultural permea como un todo la relación médico-paciente, produciendo significados, buscamos entender estos significados a través de una inmersión de cuatro meses en investigación de campo (marzo a junio de 2017), mediante acompañamientos de las reuniones de los equipos multidisciplinarios, seguido de las visitas domiciliarias (VD), mediada por Agentes de Salud de la Comunidad (ASC) y la selección de algunos usuarios para las entrevistas en profundidad con guion semiestructurado, como una forma específica de "observar" y "escuchar".²⁹

Para la selección de encuestados se utilizaron los siguientes criterios:

- asistir a la unidad de ESF durante al menos un año
- tener 18 años o más
- ser objeto de seguimiento/tratamiento por parte de la unidad en cuestión.

Así, seleccionamos a cinco usuarios para las entrevistas de tres micro zonas (correspondientes a las zonas cubiertas por tres ASC), acompañados por dos empleados de la unidad de ESF buscada. Estos usuarios fueron consultados previamente y participaron en la encuesta con su consentimiento.

En el análisis del discurso, tratamos de comprender e interpretar los significados atribuidos a la relación médico-paciente, teniendo en cuenta que el acto de hablar está permeado por un contexto cultural en desarrollo y desde el cual se confiere sentido y significado a los fenómenos vividos, tanto a nivel individual como colectivo.¹³

El análisis interpretativo de estos encuentros y entrevistas a partir de las interacciones entre el investigador y los sujetos, se perfiló a través de la recuperación y el despliegue del proceso intersubjetivo, con ayuda de la bibliografía construida en este trabajo.

Resultados y discusión

Significados de la relación médico-paciente: inserción en el campo; visitas domiciliarias y discursos de los entrevistados.

A través del seguimiento de seis reuniones del equipo multidisciplinar de la unidad de APS estudiada, intentamos comprender algunos rasgos relacionados con el contexto y la dinámica en la que se desarrollaron estos encuentros para establecer contactos con la APS de forma que medien el contacto entre investigadores y usuarios. Entre los muchos aspectos observados, destacaron la presencia de importantes atributos de la APS como la acogida, el establecimiento de vínculos y la familiaridad, impregnando todas las discusiones de estos encuentros, revelando una importante implicación por parte de los profesionales, relacionada con los casos tratados y algunas preferencias de los usuarios por determinados profesionales para la atención en salud, lo que indica la coherencia con lo señalado por Andrade, Barreto y Bezerra¹ en cuanto a la inserción de los profesionales de la salud en las familias y comunidades mediante el establecimiento de vínculos y relaciones de familiaridad.¹

Surgieron en nuestros hallazgos informes relacionados con el aumento de inasistencia a consultas médicas, dificultades para realizar las VD y un aumento del índice de enfermedades crónicas.

Sobre las visitas domiciliarias (VD), creemos que dos factores fueron relevantes: en primer lugar, la distancia de la unidad de salud y las micro áreas atendidas, porque las visitas y consultas se realizaban en otro barrio (Bom Retiro) en el momento de la encuesta y, concomitantemente, la priorización por parte de los médicos en sólo hacer VD a los pacientes con dificultades para llegar a la unidad de salud.

Estas características no parecen contribuir a la ratificación de la APS en la unidad de ESF estudiada, con principios tales como la longitudinalidad, la familia y la orientación a la comunidad, pues se comprometen con llamadas a otra unidad EFS que la de referencia, así como por la priorización de VD a pacientes específicos.

En cuanto a las inasistencias a consultas y al aumento de las enfermedades crónicas, aparecieron en reuniones posteriores, quejas de los médicos acerca de una "falta de compromiso" de los usuarios con la terapéutica sugerida, colocando

cierta culpa a los individuos en cuanto a su procesos salud/ enfermedad a expensas de otros factores que podrían contribuir a la adherencia (o a su falta) a los tratamientos, que nos recuerda La Plantine¹⁹ cuando plantea que la medicina contemporánea moraliza la enfermedad, castigando la transgresión y premiando la obediencia de los que le dan seguimiento a sus tratamientos.

La ASC, a su vez, informó en estas mismas reuniones que los residentes del barrio Areia Branca son, en su mayoría, ancianos, lo que dificultaría su desplazamiento fuera del barrio de referencia. Otro factor destacado fue una "resistencia" de ciertos usuarios a las terapias prescritas.

Tales informes provienen de las ASC más familiarizados con los usuarios y la comunidad, asegurándose éstos una mayor "competencia cultural" frente a los médicos, lo cual se muestra en la empatía en relación a las inasistencias a consulta y el que proporcionen prescripciones aún a los usuarios que se resisten frontalmente.

Los profesionales de la salud también afirmaron que algunos usuarios tenían preferencia de ser atendidos por determinados médicos y/o profesionales, tanto para las consultas, como para las VD, lo cual refirió a la idea de vínculo y familiaridad^{1,28} en relación con la APS, pero también a un ejercicio de autonomía por parte de los usuarios, que cuestionaron la asignación que se les proponía y ejercían así elecciones activas en torno a las opciones que consideran pertinentes en su proceso de salud/enfermedad. Esta autonomía puede estar marcada por el "pensamiento mágico" y "eficiencia simbólica"^{22,21} presente en las relaciones establecidas entre los profesionales y los usuarios.

En un segundo momento, se produjo el acercamiento a los encuestados (4 mujeres y 1 hombre), estableciendo una relación de empatía y confianza entre investigador y sujetos de la investigación como aspectos fundamentales para favorecer la intersubjetividad, apuntando al surgimiento de estructuras significativas en el discurso de estos interlocutores.²⁹

En estos encuentros iniciales ya han emergido aspectos de la relación médico-paciente, como los apoyos emocionales y psicológicos de los médicos en relación a las historias de vida de los entrevistados, pero también en la valoración de la oportunidad de poder expresarse sobre los servicios ofrecidos "... ¿Es para que estemos cómodos para quejarnos si no nos gusta?" (John Candido)

Ya en las entrevistas, cobró relevancia el hecho de que la unidad de la ESF Areia Branca esté prestando sus servicios fuera de su área de cobertura, dificultando en ocasiones el trabajo de los profesionales, en particular de la ASC en la APS, y la utilización por parte de los usuarios de los servicios prestados, verificándose consultas perdidas y ciertas insatisfacciones por parte de estos últimos en relación con la atención sanitaria, así como lesionando algunos principios de la APS como la longitudinalidad y la atención al primer contacto.¹

(...) Lo único que necesitamos realmente es ver si venimos aquí, ¿No? ¡Que esté más cerca de nosotros! (Luana)

También aparecieron en las entrevistas dichos sobre la alta rotación de los profesionales médicos, impidiendo el fortalecimiento de los vínculos y las relaciones de familiaridad, de hecho, indispensables de cara a los atributos de longitudinalidad y plenitud propios de la APS.¹

¡Así que vamos a ver al médico! Ahí vamos de nuevo después de un rato más y... ¡el médico es otro! ... y es que a veces nos acostumbramos con un médico, ¿sabes? ... que ya ha oído hablar de nuestro caso (Valencia).

Esto parece indicar que la falta de desarrollo tecnológico, gerencial y científico que incluye la práctica clínica, la tensión y la fragmentación de la atención, las formas de dotación de personal, los salarios y los incentivos, no promueven el afianzamiento de los profesionales, entre otros factores que dificultan el fortalecimiento de la APS en Brasil, tanto en la ESF, como en el SUS.¹⁴

Sin embargo, algunos de los encuestados juzgaron que este nivel de rotación de personal no era un problema grave, ya que al menos no faltaban médicos para atenderlos:

... lo haré... Voy al médico... si no hay uno, es otro... tienen suficientes médicos (Doña Margarida).

En cualquier caso, creemos que la alta rotación de personal y el distanciamiento entre los usuarios y la unidad de salud corroboran en un "aflojamiento" de los lazos entre los profesionales y los usuarios, incluidos los médicos, así como los usuarios con la unidad, perjudicando la atención al primer contacto, la acogida, la longitudinalidad, etc., no permitiendo el ejercicio de la atención integral ofrecida.

Sobre las VD, se busca valorar, en el discurso de los usuarios, el carácter simbólico de las mismas, representando una atención especial al usuario, el compromiso del personal, fortaleciendo el vínculo entre el personal profesional y el usuario y surgiendo como otro espacio promotor de la autonomía del usuario en la atención a la salud.⁴

En las entrevistas, todos destacaron que les gustaría recibir las, pero dijeron que otras personas necesitadas deberían ser visitadas por los médicos:

Creo que no... nos gusta... es bueno para nosotros. ¡Pero nunca vienen! ¡Nunca! (Juan Cándido).

... por lo general, visitan a los que tienen un problema de movimiento o una enfermedad más grave... Pero cómo no es mi caso... ¡no es necesario! (Vivía)

Observamos, por lo tanto, que la priorización por parte de los médicos de algunas VD sobre otros socava el establecimiento de un vínculo y la confianza en la relación médico-paciente, no permitiendo fomentar un espacio más de atención a la salud y obstaculizando el desarrollo del autocuidado y la autopercepción en un entorno diverso de la unidad de salud, la morada del paciente.⁴

Replanteando el discurso biomédico: exámenes de rutina, conversaciones y autonomía del usuario

Asumiendo que los individuos, a través de las herramientas lingüísticas proporcionadas por su cultura, resignifican simbólicamente el discurso académico y el lenguaje médico,¹⁹ encontramos que los encuestados resignifican el discurso médico desarrollando procedimientos de autonomía en relación a las prescripciones proporcionadas, a veces siguiendo estas prescripciones, a veces no siguiéndolas, así como utilizando este discurso para dar indicaciones a su proceso de salud/enfermedad, indicando recursos de autoconciencia y autocuidado.

Fui al médico y me dijo que tenía el colesterol alto... luego, cuando volví, ¡me dijo que estaba bien! Ahora... voy a volver allí para hacerlo de nuevo para saber si no volvió, ¿Verdad? Usted no sabe, ¿Verdad? (Valence)

¡No! ¡Que yo no! Porque me dio la medicina para la diabetes... tres medicamentos para tomar un día... Entonces, estuve todo el día con disentería... ¡Así que me tomo uno y me siento bien! (John Candido)

No pudimos dejar de notar la presencia de pruebas, medicamentos y diagnósticos como actores creadores de significado en forma de cosas y objetos, marcando el encuentro clínico y potenciando la asimetría en la relación médico-paciente.²⁰

En general, fueron los propios usuarios los que dijeron acudir a las consultas con el fin de hablar exclusivamente sobre aspectos de salud, incluso durante el encuentro clínico que trasciende la dimensión técnica y proporciona apoyo psicológico y emocional a los usuarios.

... ¡Mira! para mí hablar así, ¡No...! No tengo ese nivel de intimidad, ¿Verdad? ¡Hablamos ese tiempo allí y ya! (Valencia).

Sin embargo, nos dimos cuenta de la persistencia de citas cortas y centradas en la enfermedad,¹⁶ que no son promovidas, tal vez, como espacios para que los usuarios expresen sus inquietudes. Por el contrario, en algunos casos, los usuarios creían que el tiempo del médico es demasiado importante

para ser desperdiciado en cuestiones distintas de la salud.

... No me parece bien que le quiten el tiempo porque es un tipo muy ocupado. ¡Así que es para eso que voy a estar allí, en el intercambio con él! (Lived)

De cualquier manera, destacamos que los encuestados desarrollan estrategias paralelas a las prescripciones médicas, tomando decisiones, no sólo guiadas por estas prescripciones, sino principalmente por sus experiencias de salud/enfermedad y sus subjetividades, ejerciendo así su autonomía y extrapolando las dimensiones de los encuentros clínicos a través de procesos de resignificación simbólica,¹⁹ lo que no les impide, sin embargo, valorar la importancia de una relación de confianza con los médicos.

... es una persona que nos deja tranquilos, no me pongo ansioso ¿Sabes? es una persona, además, muy asequible también (Lived).

Otro factor que verificó, a nuestro juicio, el fortalecimiento de los vínculos y la familiaridad de la relación médico-paciente fue la participación activa de los ASG, que, de acuerdo a algunos relatos, ejercieron mayor influencia sobre los usuarios que los propios médicos.

... creo que la diferencia con la atención del médico se da en que los trabajadores de la salud [ASC]... saben lo que tenemos en casa... nos conocen mejor... tienen contacto con nosotros... ¿Por qué el médico no lo tiene? (Valencia).

Esto puede haber ocurrido porque, a diferencia de los médicos, los ASC ya realizan sus actividades en la unidad de la ESF desde hace años y viven en el barrio, reafirmando y promoviendo, probablemente, el establecimiento de vínculos con la comunidad y apareciendo como fuentes regulares de atención a la salud, contribuyendo así a sostener los principios de integralidad y longitudinalidad.^{1,28}

Consideraciones finales

La relación médico-paciente demostró ser extremadamente dinámica y compleja, como los significados propuestos por los usuarios en el contexto analizado.

Observamos que cuestiones como la formación de vínculos y la capacidad de establecer relaciones de confianza resultaron ser fundamentales para un encuentro clínico más allá de la dimensión técnica de la atención sanitaria.

La familiaridad como elemento esencial en la conexión de los usuarios con la unidad de ESF, no sólo en relación con el médico, sino especialmente con los ACS, piezas clave para establecer un "puente" entre médicos y pacientes en los encuentros clínicos.

Fue evidente, desde nuestro punto de vista, la presencia y la acción de "cosas" y "objetos" en el sentido que le da Latour,²⁰ en forma de pruebas, diagnósticos y medicamentos. En las entrevistas, las pruebas, los medicamentos y los diagnósticos aparecían como elementos utilizados por los usuarios para discernir si estaban bien o mal de salud, confiriéndoles cierta autonomía esta forma de percepción.

Además, utilizando parámetros y términos del discurso biomédico los usuarios comenzaron a re enmarcar elementos de este discurso, dando significados particulares a sus procesos de salud/enfermedad,¹⁹ en vez de incorporarlos pasivamente.

Para expresar su perturbación⁹ frente a sus experiencias de salud y enfermedad, así como sus posturas ante los tratamientos prescritos, los pacientes confieren su propia significación a estas experiencias, eligiendo seguir o no con lo que se les propone, conduciéndose por una especie de conocimiento con base en la percepción y la imaginación, cercana a la intuición sensible.²²

No pretendemos, sin embargo, negar la continuidad asimétrica de la relación médico-paciente² o el hecho de que el discurso biomédico sigue siendo hegemónico^{17,31}, ambos, aspectos bastante abordados en tanto al análisis de las relaciones políticas y de poder subyacentes a la asimetría de esta relación. Intentamos mostrar, sin embargo, que la dimensión sociocultural es clave en la percepción de los usuarios de su vivencia de salud/enfermedad, y su relación con el personal médico.

Referencia

- 1 ANDRADE, LOM.; BARRETO, ICHC; BEZERRA, RC. Atención primaria à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: AKERMAN, M; CAMPOS GWS; CARVALHO YM; JÚNIOR MD; MYNAYO MCS (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006; p 783-837.
- 2 BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. São Paulo: Paz e Terra, 3ª edição, 2004.
- 3 BORGES, CF; BAPTISTA, TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. In: Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2010; v. 8 n. 1, p. 27-53,mar./jun..
- 4 BORGES, R; D'OLIVEIRA, AFPL. The medical home visit as a space for interaction and communication in Florianópolis - Santa Catarina. Interface – Comunicação., Saúde, Educação, 2011; v.15, n.37, p.461-72, abr./jun.
- 5 BRASIL, MS. Portaria Interministerial nº1.802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em Agosto de 2014.
- 6 BRASIL, MS, DAB - Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Janeiro-Junho de 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em Junho de 2018.
- 7CAPRARA, A; LANDIM, LOP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. Interface Comunicação, Saúde e Educação, 2008; Botucatu, v.4.
- 8 CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003; 19(4):923-931.
- 9 CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Medicine, 1976; , 104:107-123.
- 10 FAVORETO, CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. Rev. APS, 2008; v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar.
- 11 FERREIRA, RC; FIORINI, VML.; CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. Rev. Bras. de Educação Médica, 2010; , v. 34(2), p. 207-215.
- 12 FRANCO, TB; MERHY, E. PSF: Contradições e desafios. Os Modelos Tecnoassistenciais e Processos de Trabalho em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva e Social / FCM / UNICAMP. Campinas, 1999.
- 13 GEERTZ, C. "Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura". A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1989; p 13-41.
- 14 GÉRVAS, J; FERNÁNDEZ-PÉREZ, M. Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir fragilidades da estratégia saúde da família, 2012. Acesso em Julho de 2017. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.Pd

- 15 GIOVANELLA, LL; COSTA, LV; CARVALHO, AI; CONILL, EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*, 2002; , 26(60):37-61.
- 16 GOMES, AMA.; CAPRARA, A; LANDIM, LOP; VASCONCELOS, MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; v. 22 [3], p.1101-1119.
- 17 HELMAN, CG. *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 18 KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California, 1980.
- 19 LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- 20 LATOUR, B. Terceira fonte de incerteza: Os objetos também agem. In: _____ *Reagregando o Social uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba, 2012; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.
- 21 LÉVI STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 6ª ed., 2003.
- 22 LÉVI-STRAUSS, C. A ciência do concreto. In: *O pensamento selvagem*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1976.
- 23 LOPES, JMC; CURRA LCD. A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2013; 8(26), p.6-10, Jan-Mar.
- 24 MENDES, EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- 25 MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- 26 MOURA, MMD; CONTREIRAS, HC; PATROCÍNIO, JL; LUZ, MT. *As Novas Formas da Saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro, 2002.
- 27 NAKAMURA E; SANTOS JQ. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Rev Saúde Pública*, 2007; 41(1), p.53-60.
- 28 OLIVEIRA, MA; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 2013, , v. 66, p. 71-164.
- 29 OLIVEIRA, RC. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 2006; 220 pp.
- 30 PORTO, D; SCHIERHOLT, R; COSTA, AM. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica. *Rev. Bioética*, 2012; 20 (2): 288-99.
- 31 SCHRAIBER, LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- 32 SILVA JR., AG; ALVES, CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). *Modelos de atenção e a saúde da família*. EPSJV/Fiocruz, 2007. Rio de Janeiro, 2007; p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3.
- 33 SILVA, MRF; PONTES, RJS.; SILVEIRA, LC. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 2012; 20(esp.2):784-8.
- 34 SOARES JCRS; CAMARGO JR. K. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, 2007; v.11, n.21, p.65-78, jan/abr.
- 35 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/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co obra=14609. Acesso em Setembro de 2014.
- 36 TAKEMOTO, MLS; SILVA, EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. *Cad. Saúde Pública* São Paulo, 2007.
- 37 TEIXEIRA, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS-UERJ / ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; p. 89-111.
- 38 TESSER, CD; NORMAN, AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. São Paulo, 2014; v.23, n.3, p.869-883.
- 39 TURCI, MA; LIMA-COSTA, MF; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e Enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2015; 31(9):1941-1952 Set.

Recibido: 29 de enero de 2021.

Aceptado: 06 de agosto de 2021.

Conflicto de intereses: ninguno.

