

ARTIGO DE REFLEXÃO

O CUIDADO ALÉM DA SAÚDE: CARTOGRAFIA DO VÍNCULO, AUTONOMIA E TERRITÓRIO AFETIVO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

CARE BEYOND HEALTH: MAPPING BONDING, AUTONOMY AND EMOTIONAL TERRITORY IN FAMILY HEALTH

LA ATENCIÓN MÁS ALLÁ DE LA SALUD: CARTOGRAFÍA DEL VÍNCULO, AUTONOMÍA Y TERRITORIO AFECTIVO EN LA SALUD DE LA FAMILIA

Maria Rocineide Ferreira da Silva ¹

Lia Carneiro Silveira ²

Ricardo José Soares Pontes ³

Alcivan Nunes Vieira ⁴

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza, CE – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Fortaleza, CE – Brasil.

³ Médico. Doutor em Medicina Preventiva. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFC. Fortaleza, CE – Brasil.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN. Natal, RN – Brasil.

Autor Correspondente: Maria Rocineide Ferreira da Silva. E-mail: rocineide.ferreira@uece.br

Submetido em: 14/05/2014

Aprovado em: 27/11/2014

RESUMO

Esta reflexão propõe-se a discutir o cuidado em saúde e os conceitos de vínculo, autonomia e território como estruturantes das práticas assistenciais, a partir da perspectiva da subjetividade dos pacientes que demandam o cuidado junto à Estratégia de Saúde da Família. Parte-se de uma vivência em que uma equipe assistiu uma paciente com diagnóstico de câncer de mama. A princípio, essa assistência voltou-se para a necessidade de cuidados com uma ferida operatória. Mas a dor física da paciente era menor do que a proporcionada pela ausência da família. Ao decidir descontinuar o tratamento medicamentoso, ela colocou em evidência suas demandas singulares de cuidado que não se enquadravam no escopo de tecnologias ofertadas pelo serviço de saúde até então. Diante dessa demanda os profissionais vivenciaram um processo de ressignificar conceitos, saberes e práticas assistenciais. Novos vínculos foram estabelecidos em um território que não era apenas físico e institucional, mas também afetivo. Respeitar a autonomia da paciente implicou elaborar novas formas de cuidar, além do saber técnico e científico. Com base nessa vivência, percebeu-se que o cuidado em si ultrapassa a oferta de ações e de serviços de saúde. Se considerado na perspectiva de que na atenção à saúde lidamos com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzidas singularmente, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e protocolos assistenciais. A Estratégia de Saúde da Família se constitui em um *locus* privilegiado de vivências do cuidado além da própria saúde.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Relações Familiares.

ABSTRACT

This reflection aims to discuss health care and the concepts of bonding, autonomy and territory as a structuring of care practices, from the perspective of the subjectivity of patients requiring care at the Family Health Strategy. It starts from an experience when a team witnessed a patient with a diagnosis of breast cancer; at first, care turned to the need for care of a wound. However, the patient's physical pain was lower than that related to the pain due to the absence of her family. By deciding to discontinue drug treatment, she highlighted her unique demands of care that fell outside the scope of technologies offered by the health care service. Facing this demand, professionals experienced a process of redefining concepts, knowledge and care practices. New linkages were established in a territory that was not only physical and institutional, but also affective. Respecting the patient's autonomy involved creating new forces of care, beyond technical and scientific knowledge. Based on this experience, it was realized that care itself goes beyond the offer of actions and health services. If considered from the perspective that, during health care, we deal with subjects, their lives and individually produced care perspectives, health care cannot be subjugated to procedures, routines and care protocols. The Family Health Strategy constitutes a privileged locus of care experiences that go beyond health itself.

Keywords: Patient-Centered Care; Family Health; Primary Health Care; Family Relations.

RESUMEN

Esta reflexión se propone discutir la atención de la salud y los conceptos de vínculo, autonomía y territorio como estructuración de las prácticas de cuidado, desde la perspectiva de la subjetividad de los pacientes que buscan ser atendidos en la Estrategia de Salud de la Familia. Se trata de una experiencia del personal de salud que atendió a una paciente con cáncer de mama. Al principio se le trató la herida operatoria pero el dolor físico de esta paciente no era tan grande como el que sentía por la ausencia de su familia. Cuando se le suspendió la medicación quedaron evidentes sus demandas, que no estaban incluidas en los servicios de salud que se ofrecían hasta entonces. Ante tales demandas,

los enfermeros sintieron la necesidad de reconsiderar el significado de los conceptos, conocimientos y prácticas de atención. Se establecieron otros vínculos en un territorio que, aparte de físico e institucional, era también afectivo. Respetar la autonomía de la paciente significó elaborar nuevas maneras de cuidar, además del conocimiento técnico y científico. En base a esta experiencia, se observó que la atención en sí va más allá del ofrecer acciones y servicios de salud. Si consideramos que, desde la perspectiva de atención de la salud, tratamos con personas, sus vidas y sus propias expectativas de cuidados, la atención de la salud no puede limitarse a procedimientos, rutinas y protocolos. La Estrategia de Salud de la Familia es un lugar privilegiado de experiencias de atención más allá de la propia salud.

Palabras clave: Atención Dirigida al Paciente; Salud de La Familia; Atención Primaria de Salud; Relaciones Familiares.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde na contemporaneidade caracteriza-se pela sua abrangência, complexidade e pela diversificação de ações, cenários e atores. Esses atributos podem ser atestados pelas estratégias que materializam as políticas públicas da atenção à saúde, em uma rede assistencial que se estrutura desde a Atenção Básica à Saúde (ABS) até os serviços de média e alta complexidade. O direito a uma atenção à saúde de forma universal, equitativa e integral fundamenta essa configuração organizacional, técnica e política; essa organização se volta, ainda, para ampliar o cuidado em saúde muito além da atenção à doença, a partir de ações preventivas e de promoção da saúde.¹

Entretanto, ontologicamente, o cuidado em si ultrapassa a oferta de ações e serviços de saúde; se considerado na perspectiva de que nos espaços assistenciais lidamos com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzidas singularmente, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e protocolos assistenciais. A técnica do cuidado à saúde resulta em demandas de cuidado não atendidas, que inevitavelmente produzirão implicações nas vidas dos pacientes que recorrem à rede assistencial.²

Essa reflexão pretende discutir a produção do cuidado na perspectiva do sujeito, tendo como referência os conceitos de vínculo, autonomia e território afetivo. Fundamenta-se na articulação entre esses conceitos e apresenta sua resignificação a partir de uma vivência cartográfica no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O vínculo entre os profissionais e as pessoas que demandam o cuidado em saúde é atravessado por afetos e subjetividades que destituem os lugares ocupados no território assistencial, os saberes totalitários e as práticas intervencionistas. Além de institucional e físico, o território do cuidado é afetivo e produtor de singularidades; cuidar nem sempre significa agir, elaborar ações, executar procedimentos. Em alguns momentos o sujeito que demanda o cuidado necessita apenas exercer uma autonomia singular nesse território afetivo.

SOBRE OS CONCEITOS E SEUS SIGNIFICADOS ALÉM DAS PALAVRAS

A mudança do modelo assistencial brasileiro se deu não apenas nas dimensões técnicas e políticas, mas foi operada também por novos conceitos no campo discursivo da saúde. Entre esses conceitos, destacam-se nesta reflexão os de vínculo, autonomia e território afetivo.

A produção de vínculos entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços é enfatizada como demanda inerente às ações empreendidas pela ESF; consiste na articulação entre a oferta de serviços e a demanda que os procura, vinculando o usuário à ESF como porta de entrada prioritária do sistema de saúde. Outro conceito que surge no cotidiano assistencial é o da produção da autonomia do usuário como movimento de cogestão como também compartilhamento de saberes e práticas que o qualifiquem para fazer escolhas que promovam sua saúde. A autonomia do usuário pressupõe uma capacidade dele em se afirmar diante das intervenções formuladas por parte dos profissionais, trazendo para a assistência seus conhecimentos e seu potencial de cuidado.³

Propõe-se nesta reflexão uma resignificação desses conceitos, tendo como referência a experiência cartográfica do encontro entre os profissionais de uma equipe da ESF e uma mulher que, a princípio, demandava cuidados para sua condição de portadora de câncer de mama. A partir desse encontro, considera-se que os conceitos ultrapassam as palavras, pois se constituem em si mesmos como uma multiplicidade de significantes. Não há conceitos simples e de um só componente, pois eles são multifacetados e cada uma dessas faces pode ser remetida a outro conceito.⁴

Seus contornos são irregulares e sua construção se dá a partir das várias situações com as quais eles se relacionam, em que atravessam e são atravessados. É nesses atravessamentos que nascem os conceitos, formando-se a partir de pedaços vindos de outros conceitos que respondiam a outros problemas, mas já não respondem ao que se apresenta agora; um conceito é uma heterogeneidade, isto é, uma ordenação de seus componentes por zonas de vizinhança.⁴

Considera-se que os conceitos não são apenas definições, mas sim ferramentas utilizadas para tentar solucionar uma ques-

tão ou um problema. Quando um conceito nasce, o problema já se instaurou e novas formas de lidar com ele serão necessárias. A importância de se criar conceitos reside na possibilidade de confrontar aqueles já instituídos, permitindo fazer surgir novas variações, operar vibrações, multiplicar possibilidades e suscitar novos acontecimentos. Dessa forma, aquilo que estava cristalizado começa a tomar movimento onde não estão em funcionamento apenas objetos, mas também a produção de subjetividades.⁴

Um problema será sempre algo a ser ilustrado por um conceito, daí a singularidade do seu ato de criação. Uma palavra pode expressar sua história, mesmo entendendo que esta se desdobra em zigzag e em uma irregularidade, já que não há linearidade na sua produção. As palavras podem, secretamente, assumir inúmeros destaques, por serem interlocutoras e fomentadoras de múltiplos significados. É essa vida secreta que nos lança num mar de possibilidades quando se tenta delimitar a realidade por meio de palavras.⁴

Esse mar nem sempre é tranquilo e muitas vezes traz consigo uma polissemia que pode não só comunicar, mas também confundir. Por isso, historiar os conceitos e as palavras será sempre uma atividade limitada e, assim, torna-se necessário cartografá-los, descrever como se constituem e o que expressam num determinado espaço-tempo.⁵

Assim, o vínculo, a autonomia e o território afetivo como conceitos que estão inseridos no discurso da integralidade em saúde e na discussão que considera a produção do cuidado como produção subjetiva devem ser ressignificados e polissemicamente instituir novos arranjos e modos de cuidar. O vínculo não pode ser restrito à simples adscrição da clientela formalmente prevista nas diretrizes organizativas e operacionais da ESF. E a autonomia não significa apenas transferir responsabilidades para que o usuário adote em sua vida as prescrições realizadas pelos profissionais da saúde.⁵

A vivência descrita a seguir é considerada uma cartografia porque, ao contrário do método da ciência moderna, a cartografia não isola seu objeto de estudo das suas articulações históricas ou das suas conexões com o mundo. A cartografia se propõe a desenhar a rede de forças à qual esse objeto está conectado. A cartografia é um caminho de produção do conhecimento que, entre outras coisas, refere-se ao ato de pensar e ao modo de intervir/agir no mundo. A cartografia revela-se a partir de sua invenção permanente da prática de ação.^{3,4}

O RELATO DE UMA VIVÊNCIA: RACHANDO PALAVRAS E, A PARTIR DAS BRECHAS, PRODUZINDO SENTIDOS

Este relato foi produzido à luz do referencial teórico adotado nesta reflexão; possui histórias, estórias e sujeitos impli-

cados. Destaca-se a protagonista das nossas reflexões: D. Maresia tinha 86 anos, moradora desde o nascimento na beira da praia e residindo naquele momento em Icapuí-CE. Os profissionais de ESF a conheceram pelo chamado do agente comunitário de saúde (ACS), que solicitou uma visita domiciliar; para o ACS, além de idosa e morar sozinha, ela tinha câncer de mama. Na visita, a equipe verificou hiperemia na incisão cirúrgica, que indicava a retirada da mama; havia a necessidade de realizar curativos diários e acompanhamento da quimioterapia. Outras visitas foram então realizadas em clima de aproximações, de partilhas de vida e do que restava dela; vínculos estavam sendo produzidos muito além dos lugares institucionais ocupados por profissionais da saúde e paciente ou usuário.

Numa destas visitas, D. Maresia estava muito debilitada e falou algo sobre o seu tratamento:

Doutoras, não quero que vocês deixem de vir aqui, mas confesso a vocês que este é o último comprimido que tomarei desse tratamento. Quero que saibam que sou agradecida e que tenho consciência que já vivi muito. Nesse momento, sinto apenas a falta dos meus filhos.

A equipe retirou-se dali sentindo angústia diante da impossibilidade de agir, de cuidar conforme aquilo que a formação acadêmica mais enfatizava: cuidar do corpo na sua dimensão biológica. Seria possível considerar essa decisão como exercício de autonomia? Evidenciou-se a limitação dos aparatos tecnológicos, dos saberes e das práticas de cuidado diante de uma demanda singular, que para D. Maresia causava mais sofrimento que a própria dor física.

O pedido de D. Maresia provocou um diálogo entre os profissionais acerca do caso e sobre as intervenções até então realizadas; a UBS ficou fechada por uma tarde, quando foi realizada uma oficina para se discutir a implicação da cada profissional e familiar junto à paciente. Esse momento foi dinâmico, com falas de ressentimento e de ressignificação de territórios por outras falas que traziam também a alegria. Entre música, poesia, choro, risadas e prescrições formuladas por todos, foi desenhada uma escala de acompanhamento da situação de D. Maresia.

Decidiu-se então ofertar ações que poderiam lhe proporcionar alguma qualidade de vida, e assim uma morte com o mínimo de sofrimento físico, conforme os recursos disponíveis. Uma decisão acertada foi a de acionar a família, ouvi-la e mediar a sua reaproximação com D. Maresia.

Talvez ao primeiro olhar esse planejamento tenha emergido como uma tecnologia dura, mas, pelas relações estabelecidas e pelos afetos produzidos, ele também se configurou como dispositivo capaz de instituir vínculos e potencializar o cuidado.⁵ As visitas foram mantidas e a partir daquele momento elas se tornaram encontros em um território que não era

mais apenas físico e institucional, era afetivo; eram encontros entre sujeitos movidos por seus afetos, desejos, suas demandas e necessidades.

D. Maresia foi embora serenamente em uma noite de lua cheia, usando apenas dipirona para aliviar sua dor física, pois a dor da alma, que seria sua maior demanda de cuidado, foi aplacada por aquilo que desejara desde sempre: sua família por perto num momento tão singular. A vivência de um processo de morte por câncer, em que a dor física foi o menor sofrimento relatado, produziu questionamentos sobre a correlação imanente e necessária entre as tecnologias assistenciais e as demandas singulares de cuidado.

A PRODUÇÃO SUBJETIVA DO CUIDADO NA ESF: OS VÍNCULOS

Construir vínculos aparece como um chamamento e às vezes como um mantra, quando se discute o cuidado em saúde. O conceito de vínculo em si mesmo nada diz fora do contexto onde essa produção acontece, pois cada contexto de cuidado é singular e reflete uma realidade que se institui de maneira dinâmica. A realidade emerge do entrelaçamento de linhas, que podem ser duras, flexíveis e de fugas e que vão moldar esses diversos arranjos dos modos de agir na atenção à saúde na ESF.⁵

No campo da saúde, essas linhas podem ser exemplificadas pelos discursos, pelas práticas e pelos saberes que compõem o cuidar. A linha dos discursos envolve as formações discursivas que vão desde o modelo flexneriano (com foco na doença e na medicalização), passando pela história natural da doença (com foco na tríade ecológica) até o modelo da determinação social do processo saúde-doença, que surge no período da década de 1970 nos países da América Latina como forma de denunciar a relação entre desigualdade social e adoecimento.¹

A linha das práticas envolve a maneira concreta como os sujeitos atuam em seu cotidiano, como, por exemplo, os atendimentos fragmentados e sem vinculação com o contexto ou história de vida dos sujeitos que recorrem aos serviços de saúde e a realização de campanhas ou intervenções verticalizadas.⁵

A linha dos saberes abrange tanto o conhecimento formal e disciplinar oriundo da formação acadêmica, quanto os saberes mediados pela vivência com os diversos grupos e seus contextos: a família, movimentos populares, sociais, entre outros.⁶

Entende-se que a articulação dessas três linhas leva a uma produção subjetiva, ou seja, uma rede complexa de diversas linhas, que molda ao mesmo tempo a realidade e os sujeitos nela inseridos. Essa concepção salienta um campo em constante modificação, tornando-se cada vez mais difícil pensar em um único referencial que se proponha a atender à diversidade de saberes, discursos e práticas presentes no cotidiano do cuidado em saúde.⁷

A PRODUÇÃO SUBJETIVA DA AUTONOMIA E DA CAPACIDADE DE SE CUIDAR

No âmbito dessa vivência, tomado como referência empírica, compreende-se que esse processo de desterritorialização pode ser visualizado quando uma paciente, que comumente seria denominada de terminal, ao dialogar com a equipe revelou seu desejo e a sua decisão de não prosseguir com a terapêutica medicamentosa. A princípio, essa decisão estaria fora de qualquer plano terapêutico ou prescrição de cuidados em saúde. Entretanto, considerando que esse cuidado acontece em territórios existenciais, ali estava configurado um exercício da autonomia que um sujeito pode exercer.

No cenário atual das práticas de saúde, a relevância desse conceito se faz presente por sua potência em questionar certo tipo de relação com o outro, que é incentivada pelo ideal cientificista. A ciência moderna tem sido responsável por consideráveis avanços em vários âmbitos de nossa vida; no que se refere especificamente à saúde, pode-se mencionar as inovações nas áreas de diagnóstico e terapêutica, como um maior refinamento farmacológico, a codificação do genoma humano e os métodos de controle epidemiológico de várias doenças.¹

No entanto, todo esse avanço da ciência em nome do prolongamento da vida também tem sua face perversa, pois proclama um ideal de saúde em nome do qual as intervenções em saúde são exercidas universalmente quase que de forma mandatária, seja a que custo for.⁸

A partir desse "ideal de saúde", propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior, e insuportável, da perfeição colimada, devendo ser "corrigida".^{7,26}

No ímpeto em alcançar esse ideal:

Os afetos são mobilizados e manipulados narcisicamente no sentido de suscitar na pessoa o sentimento e a fantasia de que, caso não siga o ideal coletivo da saúde ideal, estará não só aquém da própria saúde ideal apresentada, mas, sobretudo, fora do grupamento humano atual, será um excluído simbólico, não comungará da moda que une as individualidades atuais e, assim sendo, estará aquém dos outros, dos incluídos que, fantasiosamente, não só gozam de uma saúde próxima do ideal, como, quando não for o caso, terão helicópteros para um último e glamoroso passeio ostentatório.^{7,26}

Nessa vivência, percebeu-se que a partir da tomada de decisão de D. Maresia, restava à equipe reconstruir seu plano de trabalho, respeitando seu devir revolucionário, ali objetivado como a descontinuidade do uso da medicação. Abordar a relação profissional-paciente, que nesse caso seria mais agente e menos paciente, pelo viés da autonomia implicou reconhecer que o acesso à verdade acerca de si não reside no lado do profissional.

A busca dessa verdade pode se situar na perspectiva do cuidado de si que não corresponde ao aforismo ocidental do conhece-te a ti mesmo. O cuidado de si é, ao contrário, um princípio de agitação, de movimento:

[...] “de permanente inquietude no curso da existência”. Trata-se de uma questão das relações que se estabelecem entre o sujeito e a verdade: “a questão do preço que o sujeito tem que pagar para dizer o verdadeiro e a questão do efeito que tem sobre o sujeito o fato de que ele disse, de que pode dizer e disse, a verdade sobre si próprio.”^{8,40}

Nessa perspectiva, falar em autonomia não implica uma desresponsabilização nem do profissional de saúde nem do Estado como mantenedor da garantia de acesso à saúde, mas sim como princípio norteador na construção de dispositivos que possam mobilizar as relações de poder já estabelecidas, fazendo com que haja uma circulação desse poder, com a criação de uma potência de agir, que pode ser traduzida como poder de ser afetado por algo.⁹

AMPLIANDO O TERRITÓRIO

Além do seu sentido geográfico composto de seus elementos geofísicos ou geopolíticos, o território pode ser entendido a partir da noção de lugar. Um lugar é uma porção do espaço que, além de sua dimensão física, comporta redes de relações em que cada indivíduo produz certa identificação com o lugar. Cada lugar é *locus* de produção, de consumo, de adoecer, viver e de curar.⁹

Sendo um lugar, no território emerge uma intensa produção subjetiva da articulação entre o desejo e o social. O início dessa produção acontece nos contatos entre os corpos, não apenas corpos humanos, mas de linguagens, saberes e percepções; e desses contatos surgem os afetos, as intensidades ou forças desejanças.⁹ Pois:

Os afetos são devires: ora eles nos enfraquecem, quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações (tristeza), ora nos tornam mais fortes, quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto e superior (alegria).^{10,73}

Para que os afetos se expressem, faz-se necessária a criação de territórios, mesmo que sejam temporários, porque o contato com outros corpos gera novos afetos que não se encaixam nesses territórios, criando, então, linha de fuga ou desterritorializações. Entretanto, a desterritorialização nunca pode ser total e a linha de fuga não deve conduzir a uma autodestruição, mas sim encorajar a construção de novos territórios. Isso porque:

[...] fugir não é renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. É também fazer fugir, não necessariamente os outros, mas fazer alguma coisa fugir, fazer um sistema vaziar como se fura um cano. [...] Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia. Só se descobre mundos através de uma longa fuga quebrada.^{10,49}

Compreender um território assistencial como um território afetivo pressupõe uma desterritorialização não apenas do conceito, mas das práticas de cuidado e dos seus propósitos diante das demandas de cuidado. Diferentemente dos problemas ou necessidades de saúde, essas demandas emergem apenas quando há um vínculo afetivo que se estabeleça no plano das singularidades e da autonomia.^{9,10}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais do que palavras, os conceitos são dispositivos capazes de mediar a vivência de uma produção do cuidado em saúde, muito além de sua perspectiva assistencial. Com base nesta reflexão, compreende-se que os conceitos de vínculo, de autonomia e de território precisam ser repensados no âmbito da ESF, pois, o cuidado é uma demanda produzida no encontro com sujeitos e com suas existências concretas, seus desejos, seus potenciais e suas carências. O vínculo e a autonomia precisam ser compreendidos além do seu caráter formal e institucional; aposta-se no reconhecimento de uma produção subjetiva que se dá em um território afetivo, cujo *locus* pode ser a ESF.

Dona Maresia apresentou uma demanda que estava, a princípio, fora do escopo tecnológico da ESF. E, diante dessa demanda, os profissionais vivenciaram um processo de ressignificar conceitos, saberes e práticas assistenciais. Novos vínculos foram estabelecidos em um território que não era apenas físico e institucional, mas também afetivo.

Percebeu-se que o cuidado em si ultrapassa a oferta de ações e de serviços de saúde; se considerado na perspectiva de que na atenção à saúde lidamos com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzidas singularmente, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e protocolos assistenciais.

Esta reflexão buscou contribuir para que esse debate se amplie a partir de outros referenciais e envolva outros atores, como os pacientes de quem a ESF se propõe a cuidar. A Estratégia de Saúde da Família se constitui em um *locus* privilegiado de vivências do cuidado além da própria saúde, dada a sua inserção em territórios afetivos e singulares. Ela se apresenta como esse lugar onde o cotidiano estabelece os modos de agir. Identifica-se a necessidade de os profissionais também serem sujeitos da sua prática, investindo no que é significativo: os pacientes de quem se propõem a cuidar, pois os conceitos também se atualizam, assim como vínculos e o próprio território.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
2. Vieira AN, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(1):9-24.
3. Franco TB. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2009.
4. Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 2008.
5. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2010.
7. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2003; 8(14):21-32.
8. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
9. Silva MRF, Pinto FJM. Produção científica e sua aproximação com a saúde coletiva: multiplicidades de objetos e métodos. Fortaleza: Editora da UECE; 2013.
10. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Escuta; 1998.