



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2158>

Qual família e qual comunidade? Reconfigurações da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar

Which family and which community? Reconfigurations of Family and Community Medicine in supplementary health

¿Qué familia y qué comunidad? Reconfiguraciones de la Medicina Familiar y Comunitaria en salud complementaria

Isaac Linhares de Oliveira¹  Matias Aidan Cunha de Sousa² 
João Gustavo Xavier de Queiroz³  Juliana Sampaio⁴ 

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, Brasil. isaaclinhares@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, Brasil. matiascunha0@gmail.com

³ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, Brasil. jgustavo0804@gmail.com

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde, João Pessoa, Brasil. julianasmp@hotmail.com

Resumo

Trata-se de um estudo cartográfico que buscou analisar a atuação de médicos(as) de família e comunidade na Atenção Primária da saúde suplementar, realizado por meio de diários e entrevistas cartográficas entre março de 2021 e janeiro de 2022, processados semanalmente em reuniões de pesquisa. Tal estudo se deu com base nos analisadores: 'território', 'família' e 'comunidade'. Notou-se que a territorialização e a abordagem familiar ganham outros contornos na Medicina de Família e Comunidade praticada na saúde suplementar. Além disso, verificou-se que algumas das ferramentas típicas da Atenção Básica – como visita domiciliar, educação em saúde, genograma, ecomapa e vigilância em saúde – não eram utilizadas na atenção suplementar ou tiveram outras aplicabilidades dissonantes do modelo preconizado. Concluiu-se que a Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar se aproxima de uma atuação mais clínica, com perda da potência das linhas de força que constituem tal especialidade, tendendo a uma medicina menos familiar e comunitária.

Palavras-chave medicina de família e comunidade; saúde suplementar; territorialização da atenção primária.

Como citar: OLIVEIRA, Isaac L. *et al.* Qual família e qual comunidade? Reconfigurações da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023, e02158224. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2158>

Recebido: 13/01/2023

Aprovado: 21/06/2023



Abstract

This is a cartographic study that sought to analyze the performance of family and community physicians in primary care of supplementary health, carried out through diaries and cartographic interviews between March 2021 and January 2022, which were weekly processed in research meetings. This study was based on the analyzers: 'territory', 'family' and 'community'. It was noticed that territorialization and family approach gain other contours in Family and Community Medicine practiced in supplementary health. In addition, it was found that some of the typical tools of basic care – such as home visits, health education, genogram, ecomap and health surveillance – were not used in supplementary care or had other dissonant applicabilities of the recommended model. It was concluded that Family and Community Medicine in supplementary health approaches a more clinical practice, with loss of power from the power lines that constitute such specialty, tending to a less familiar and community medicine.

Keywords family medicine and community; supplementary health; territorialization of primary care.

Resumen

Se trata de un estudio cartográfico que buscó analizar el desempeño de los médicos de familia y comunidad en atención primaria de salud complementaria, realizado a través de diarios y entrevistas cartográficas entre marzo de 2021 y enero de 2022, que fueron procesados semanalmente en reuniones de investigación. Este estudio se basó en los analizadores: 'territorio', 'familia' y 'comunidad'. Se observó que la territorialización y el enfoque familiar adquieren otros contornos en la Medicina Familiar y Comunitaria practicada en salud complementaria. Además, se encontró que algunas de las herramientas típicas de la atención básica, como las visitas domiciliarias, la educación sanitaria, el genograma, el ecomap y la vigilancia sanitaria, no se utilizaron en la atención complementaria o tenían otra aplicabilidad disonante del modelo recomendado. Se concluyó que la Medicina Familiar y Comunitaria en salud complementaria se aproxima a una práctica más clínica, con pérdida de potencia de las líneas eléctricas que constituyen dicha especialidad, tendiendo a una medicina menos familiar y comunitaria.

Palabras clave medicina familiar y comunitaria; salud complementaria; territorialización de la atención primaria.

Introdução

As especialidades médicas se constituem por meio de suas aproximações ou disputas com diversas áreas de conhecimento. No caso da Medicina de Família e Comunidade (MFC) brasileira, podemos citar relações com a Medicina Geral e Comunitária (MGC), a Medicina Preventiva e Social (MPS) e a saúde coletiva (Andrade, 2017). Além disso, há muita proximidade com as elaborações teóricas e experiências práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) anglo-saxônica, com a Atenção Básica à Saúde (ABS) brasileira e outros níveis de atenção correlatos em diversos sistemas de saúde pelo mundo (Segalla, 2021).

A concepção de APS é herdeira da Conferência em Alma-Ata, realizada em 1978, que trazia em suas propostas três características principais: acesso universal como primeiro ponto de contato do sistema de saúde; inseparabilidade entre saúde e desenvolvimento socioeconômico; e participação social. Starfield (2002) reforça essas características ao elaborar, para tal nível de atenção, os atributos essenciais de acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade, além dos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Apesar dessa proposição abrangente, organismos internacionais, como o Banco Mundial, propuseram para países em desenvolvimento um modelo seletivo e focalizado de APS. O movimento sanitário brasileiro se opôs radicalmente a isso e lançou a denominação ABS para se referir a um modelo integral e territorial desse nível de atenção no SUS. Neste artigo, apenas para facilitar o contraste entre tais propostas, optou-se por utilizar ABS para se referir à Atenção Primária à Saúde no setor público

brasileiro e APS para a experiência da saúde suplementar ou de outras proposições internacionais. Entende-se assim que, na prática, as duas nomenclaturas são intercambiáveis, e seu uso depende dos fins políticos que cada comunicação científica pretende (Giovanella, 2018).

Os primeiros programas de residência médica em MPS no Brasil surgem na década de 1960. Eles foram bastante influenciados pelo ‘movimento preventivista’ das décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos (Massuda et al., 2009). O ‘preventivismo’, bastante criticado por Arouca (2003), tinha o objetivo de transformar a prática médica, mas não ultrapassava a concepção liberal de saúde e não propunha mudanças radicais no modelo médico-hegemônico. Na realidade brasileira, esse movimento se transformou profundamente com as interferências das discussões no campo da saúde coletiva, do Movimento da Reforma Sanitária e de certo resgate da medicina social. A MPS se tornou então um espaço de articulação das áreas de epidemiologia, ciências sociais e política, gestão e planejamento, e passou a ser um importante dispositivo de formação técnica de militantes da Reforma Sanitária (Massuda et al., 2009).

Já a MGC brasileira teve como uma de suas principais influências a medicina comunitária surgida na década de 1960 também nos Estados Unidos da América. Um de seus marcos iniciais foi a proposta de formação especializada para médicas(os) via ‘Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária’ em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS), em 1974, por meio da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, juntamente com outras experiências em Pernambuco e no Rio de Janeiro (Falk, 2004). Com a Declaração de Alma-Ata em 1978, outras experiências surgiram nos demais estados federativos, o que levou o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) a reconhecer a especialidade em 1981, formalizando os programas de residência em MGC (Falk, 2004).

Massuda e colaboradores (2009) problematizam as divergências existentes entre a MGC e a MPS. Para eles, enquanto a primeira tinha como objetivo principal formar um profissional clínico e generalista, em cujo treinamento teria ênfase a ABS, a segunda se centrava na construção de um profissional com uma perspectiva coletiva de cuidado que se ocuparia mais dos determinantes sociais do processo saúde-doença e menos da clínica individual. Entre essas divergências, podemos mapear o que Giovanella (2018) aponta como tensões discursivas entre os ideários da ABS – que seria mais próxima da MPS – e da APS – que seria mais próxima da então MGC. Essas tensões se visibilizam até hoje nas disputas “promoção/prevenção x cuidado; saúde coletiva x clínica; ações programáticas x demanda espontânea; orientação comunitária x serviço de saúde” (Giovanella, 2018, p. 2).

Outra tensão é a proposta de território. Enquanto o modelo anglo-saxônico de APS não organiza suas equipes de Atenção Primária tendo como base de adscrição o território como um espaço geográfico delimitado, a proposta da ABS brasileira, influenciada pelo trabalho de Milton Santos (2008), além de ter a adscrição baseada em um território, o compreende como um processo que é dinâmico e perpassado constantemente por mudanças. Há também, nesse modelo, a compreensão do território como dotado de uma dimensão subjetiva de um campo de forças, que podem ser expressas pelas pessoas, pelas famílias ou pelas comunidades que compõem essa teia de relações (Faria, 2020; Merhy et al., 2019).

A partir da década de 1990, há uma priorização do Estado brasileiro pelo modelo de ABS com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 2004, reformulado, em 2006, para Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Giovanella, Franco e Almeida, 2020). Um marco importante na mesma década, mais especificamente em 2001, foi a troca do nome de MGC para MFC. Para Giovanella, Franco e Almeida (2020), essa mudança não aconteceu apenas no contexto da expansão do campo de prática com a ESF, mas também no da construção de uma identidade distinta da MPS, numa tentativa de se conectar ao ideário de práticas e conhecimentos de países com experiências mais consolidadas de APS, como Canadá e Inglaterra. Um ponto importante dessa renomeação é que ela acentua a importância da ‘família’ para a prática da especialidade médica, já que uma das atribuições desse profissional é compreender a pessoa como um todo, levando em conta o seu contexto familiar e comunitário (Freeman, 2017).

Na mesma época da renomeação da MFC no Brasil, a prestação de serviços pelo setor privado também passou por importantes alterações. Foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulamentação dos planos e operadoras em saúde no Brasil, que para Menicucci (2007) marca a intervenção estatal tanto no setor público como no privado, mesmo que de formas diferentes.

Segundo a ANS, em 2022, cerca de 49,6 milhões de brasileiros estavam cobertos por planos e seguros de saúde privados – e isso representou 25,46% da população (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022). O modelo de assistência privada não acompanhou as mudanças de modelo assistencial ocorridas no setor público, ainda mantendo a organização de suas ofertas de saúde no modelo hegemônico conhecido por ser hospitalocêntrico, centrado em procedimentos de cuidado fragmentado e sem enfoque nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (Machado, Melo e Paula, 2019).

A partir do cenário de gastos excessivos e centrados em procedimentos na rede privada de saúde, a MFC passou a ser convidada a se inserir nas operadoras de planos de saúde, prometendo defender uma atenção mais longitudinal, integral e humanizada, mas também, por meio da prevenção quaternária, valendo-se do uso racional na prescrição de exames e procedimentos terapêuticos (Machado, Melo e Paula, 2019). Essa inserção ganhou potência a partir de 2013, quando planos de saúde como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed) e a Assistência Médica Internacional (Amil) decidiram estruturar seus serviços em volta da APS, apostando na contratação de profissionais da MFC para compor suas equipes de saúde (Machado, Melo e Paula, 2019).

A ANS, ao reconhecer o sucesso do modelo da ABS, também passou a estimular uma mudança no modelo assistencial usando diretrizes de incentivo à adoção, à implementação e à qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019). Cabe ressaltar que no documento que orienta esse estímulo a ANS define território como “a identificação tão precisa quanto possível de uma população beneficiária” (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019), uma definição bastante divergente do ideário da ABS brasileira. Machado, Melo e Paula (2019) enfatizam isso ao destacar a pouca atuação voltada para a comunidade e a impossibilidade de práticas integrativas no cenário da APS.

Diante desse cenário, faz-se necessário compreender esse fenômeno recente da incorporação da MFC pela atenção suplementar, com produção científica brasileira ainda escassa. Assim, pretendeu-se analisar neste artigo, de forma exploratória, como se configuram as abordagens familiar e comunitária de médicos de família e comunidade inseridos num contexto específico de uma clínica de APS de um plano privado de saúde.

Método

Neste artigo, de caráter qualitativo, usou-se a cartografia (Kastrup, Escossia e Passos, 2017) como uma aposta metodológica para o desenvolvimento da pesquisa em uma clínica de APS da cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte. A clínica é composta por cinco equipes de APS que atendem beneficiários de um plano de saúde e são formadas por 11 médicos(as) de família e comunidade (MeFCs), quatro enfermeiras de família e comunidade e cinco técnicas de enfermagem nomeadas como agentes de saúde. Esse plano de saúde atendido pela clínica é uma empresa de medicina de grupo e tem experiência com APS desde 2015, num modelo que não reestrutura todo o subsistema de saúde da operadora, não funciona com um modelo de controle de acesso, mas como uma oferta de cuidado paralela e alternativa.

Na clínica, há reuniões semanais dessas equipes para discussões de casos clínicos, indicadores de desempenho e planejamento do processo de trabalho. Além dessas equipes, há duas nutricionistas, uma assistente social, um psicólogo, quatro recepcionistas e dez médicos(as) de outras especialidades, como

cardiologia, gastroenterologia, pediatria, psiquiatria, neurologia e reumatologia. Entre as equipes de APS e esses profissionais, às vezes há uma relação de matriciamento, mas geralmente apenas um fluxo de referência e contrarreferência por meio do prontuário eletrônico. Essa clínica existe desde 2019 e está inserida no contexto de expansão da APS na saúde suplementar (Lisboa, 2020).

A pesquisa se deu com base na produção de várias estratégias de aproximação com os territórios existenciais dos(as) MeFCs da clínica, na intenção de produzir diferentes dados cartográficos. Um dos nossos pesquisadores era médico dessa clínica, o que facilitou sua imersão no cotidiano do serviço. Isso porque a cartografia valoriza o ‘pesquisador in-mundo’, aquele que se ‘imundiza’ com o campo analisado, produzindo e sofrendo interferências a todo momento no processo da pesquisa (Gomes e Merhy, 2014). As vivências dele no campo ocorreram cerca de quatro vezes por semana, ao longo de 11 meses, entre março de 2021 e janeiro de 2022; foram todas registradas em diários cartográficos, que são um dispositivo da pesquisa que possibilita a descrição tanto do que é vivido quanto das afecções dos encontros entre o coletivo-pesquisador e o mundo-pesquisado (Slomp Júnior et al., 2020).

Outro recurso cartográfico empregado foram as entrevistas. Estas foram do tipo semiestruturado, mediante um roteiro de perguntas norteadoras produzidas com base na questão condutora do presente estudo: como se organiza o processo de trabalho de médicos(as) de família e comunidade (MeFCs) na atenção suplementar? Assim, elas abordaram temas como a jornada formativa e laboral dos(as) profissionais, suas referências no campo da MFC e como os(as) MeFCs acreditavam que os atributos da abordagem familiar e comunitária se realizavam na saúde suplementar.

Seis médicos de família e comunidade aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas no mês de janeiro de 2022, de forma remota, pelo Google Meet, em horário previamente agendado, com duração média de uma hora cada. Elas foram gravadas com o consentimento dos(as) participantes e depois transcritas.

Todo o conteúdo dos diários e das entrevistas cartográficas foi discutido em reuniões quinzenais com o coletivo de pesquisa. Esses encontros serviram para elaboração de dispositivos, levantamento de analisadores e planejamento dos próximos passos, já que a pesquisa cartográfica vai se modificando e adaptando ao longo de sua feitura (Kastrup, Escossia e Passos, 2017). Por meio de discussões baseadas no material empírico produzido e nos referenciais teóricos que sustentam o presente estudo, foram levantados analisadores que, segundo René Lourau (2004, p. 132), são “acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores” que servem para “colocar a instituição para falar”, viabilizando aspectos contraditórios e ocultos no processo de análise institucional (L’Abbate, 2012). Os analisadores postos em análise neste artigo são ‘família’, ‘comunidade’ e ‘território’.

Para se preservar a identidade das pessoas que participaram do estudo, optou-se por se referir a elas com nomes fictícios: Açu (homem, branco, 35 anos), Apodi (mulher, branca, 34 anos), Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos), Maxaranguape (homem, branco, 29 anos), Potengi (mulher, branca, 32 anos) e Seridó (homem, branco, 44 anos).

Resultados e Discussão

No que tange ao exercício profissional dos(as) MeFCs da clínica, observaram-se reinvenções como forma de adaptação à migração do serviço de saúde público – no qual fizeram a residência médica em MFC – para o serviço de saúde privado no qual trabalham. Essas reinvenções estão presentes tanto na dimensão do(as) clientes do serviço quanto na da família e da comunidade. Utiliza-se a nomenclatura ‘cliente’ aqui para se referir aos beneficiários da clínica, pois essa categoria desvela o processo de mercantilização da relação de cuidado deles e problematiza as diferenças relacionais entre o(a) cliente de um serviço-mercadoria e o(a) usuário(a) de um direito social.

Ao pensar sobre o território, Seridó (homem, branco, 44 anos), logo no início da sua entrevista, refletiu sobre os motivos que o levaram a escolher a MFC como a sua especialidade e, inicialmente, trabalhar no setor público. Ele afirmou:

A forma diferente de exercer a medicina [da MFC], de estar mais próximo das pessoas e não olhar só a doença me encantou. Ser recebido nas casas é ver a realidade, é conhecer a mãe, o pai e os filhos. São detalhes que você só olhando sinais e sintomas não percebe e não resolve só em questões clínicas.

A percepção de Seridó sobre a importância da família e da comunidade na produção do cuidado se assemelha às proposições dos principais teóricos da área que associam o surgimento da MFC a um certo retorno da figura médica histórica do ‘clínico geral’ que foi predominante no século XIX, o qual acompanhava famílias ricas e influentes ao longo da vida e atuava visitando as suas casas (Freeman, 2017). Esse predomínio da prática generalista foi reduzido ao longo do século XX, com o avanço tecnológico e o fortalecimento das especializações no campo da saúde, e só retornou com as reorientações organizativas dos sistemas de saúde no final da década de 1970, após a Conferência de Alma-Ata (Freeman, 2017).

No Brasil, como já se afirmou, a história da especialidade também está ligada à MGC, o que fortaleceu o aspecto que Seridó destaca de “estar mais próximo das pessoas e [...] ser recebido nas casas”. Esse comunitarismo, segundo os trabalhos de Andrade (2017) e Segalla (2021), é permeado de tensões, pois ao mesmo tempo que era financiado por organizações de países centrais, como as fundações W. K. Kellogg e Ford, que propagavam um modelo focalizado e liberal de prática médica, também se desenvolveu num contexto brasileiro de lutas populares contra a ditadura civil-empresarial-militar, demarcando um compromisso político com uma saúde comunitária de parte dessa geração de médicos(as) ‘generalistas’.

Assim, ‘comunidade’, na história da MGC brasileira, tem um sentido rico e polissêmico e não é apenas um local geográfico limitado com uma associação natural e íntima entre os seus habitantes, mas um território de ação e mobilização política (Oberg, 2018). Isso guarda certas semelhanças, por exemplo, com os processos históricos, ampliados na década de 1970, de categorias profissionais como a psicologia, que buscaram se deselitizar, tornando-se mais próximas das condições de vida da população e propondo intervenções clínicas contextualizadas pela realidade local, de gênero, raça e classe social (Scarpato e Guareschi, 2007). Isso vai na contramão do coletivismo restrito da noção comunitária da MGC americana, influenciada pelo funcionalismo parsoniano, que entendia ‘comunidade’ apenas como um microcosmo local, fechado em seus próprios interesses, distinto da sociedade como um todo e objeto de uma ação assistencialista voltada a grupos entendidos como ‘vulneráveis e de risco’ (Andrade, 2017; Donnangelo e Pereira, 2011).

É importante frisar que essa politização comunitária é ligada à categoria político-ideológica do território, no Brasil muito influenciada pelo pensamento do geógrafo Milton Santos, que o enxergava como um processo vivo de mediação entre o mundo e a sociedade, muito além da sua dimensão político-administrativa (Merhy et al., 2019). O próprio SUS é estruturado em torno dessa noção ampliada e herdeira de um “projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente, através das redes de atenção à saúde” (Faria, 2020, p. 4.522).

A ABS, modelo de atenção que circunscreve as proposições e a formação da MFC, segundo Merhy e colaboradores (2019, p. 74), foi pensada como uma possibilidade de cuidado territorializado e que, além de abordar os seus aspectos “demográficos, geográficos, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos”, por meio da vigilância em saúde, compreende as multiplicidades de modos de viver dos coletivos que habitam esses espaços. Assim, destaca-se que o território e suas dobras família e comunidade apresentam tanto dimensões políticas quanto clínico-epidemiológicas e afetivo-existenciais. Essas

características da ABS são exaltadas por outros(as) MeFCs entrevistados(as) e vistas também como fruto da territorialização, que é um dos seus fundamentos. Como destacou Apodi (mulher, branca, 34 anos): “No SUS há mais liberdade, o agente de saúde circula na comunidade. A abrangência de uma área específica favorece a abordagem”.

Lista de pacientes: uma despoticização do território na saúde suplementar

Na APS da saúde suplementar, a dimensão do território ganha outro sentido, e a territorialização perde potência como uma força-valor da atuação profissional. Como Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos) apontou: “na suplementar, é pela população adscrita. As pessoas são cadastradas numa carteira de pacientes, e nela tem pessoas de diversas cidades”.

Potengi (mulher, branca, 32 anos) é até mais radical ao denunciar:

A comunidade que se explode, não há comunidade. É uma lista de pacientes, não é um território. Não dava. Foi a primeira coisa deletada na nossa prática dentro da [saúde] suplementar. Havia estudos populacionais das listas de pacientes, mas nada além disso.

Esse modelo de ‘lista de pacientes’, citado pelas MeFCs, é inspirado nos modelos de atenção gerenciada americano e no pagamento por meio de captação do sistema de saúde britânico (Norman, 2021). No *Managed Care* americano, um sistema organizacional assume o orçamento financeiro e se responsabiliza por um conjunto de serviços clínicos, as *Health Maintenance Organizations* (HMOs). Cada um deles presta assistência a determinados estratos populacionais e controla o acesso das pessoas beneficiárias por meio dos(as) médicos(as) de atendimento primário e da restrição da cobertura (Freeman, 2017). Planos privados de saúde, no Brasil, usam essa mesma lógica, e a ‘lista de pacientes’ é um mecanismo tanto de pagamento como de fidelização da clientela a determinado prestador de serviço (Norman, 2021).

O *National Health Service* (NHS) britânico, apesar de inaugurar o modelo universal de saúde em 1948, precisou conquistar o apoio dos *general practitioners* (GPs) e manteve a remuneração deles pelo modelo de pagamento por meio de captação que já existia desde 1911. Nesse esquema, o pagamento é feito pelo quantitativo de pacientes registrados a um prestador específico, ancorado numa unidade de tempo, como número de consultas num determinado período de funcionamento do serviço.

É interessante notar que esse profissional de saúde inglês equivalente ao MFC, o *general practitioner*, teria uma tradução aproximada do seu nome para ‘clínico geral’. Não há menção à ‘comunidade’ no nome britânico da especialidade, ao contrário do nome brasileiro. Isso talvez indique que com a ausência de uma adscrição territorial, como na Inglaterra, se enfraqueça a abordagem comunitária. Também nos Estados Unidos o nome não carrega referência à comunidade. Lá o especialista é o *family physician*, que poderia ser traduzido como ‘médico de família’, parecendo indicar um certo distanciamento histórico até da *Community Medicine*.

Nesse sentido, Potengi (mulher, branca, 32 anos) ressalta:

Os atributos da Atenção Primária e o envolvimento com a comunidade não são possíveis num plano de saúde, e o trabalho é mais próximo de um clínico. É um trabalho entre quatro paredes.

É interessante observar que uma das ferramentas clínicas utilizadas pela MFC é o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), como uma tentativa de superação de um modelo clínico centrado na doença (Stewart et al., 2017). Apesar de essa ferramenta valorizar o contexto familiar e comunitário, Andrade (2021) destaca que o MCCP, num momento histórico marcado pelo neoliberalismo, pode cair em uma lógica individualista e centrar as suas ações na pessoa individual que, mesmo que contextualizada, nessa lógica parece uma abstração apartada da sociedade. A família e a comunidade

deixam de ser um território ativo e permeado de conflitos, disputas e linhas de força e se tornam um contexto do paciente a ser considerado no processo terapêutico.

Assim, a ‘Medicina da Pessoa’, apesar de superar a ‘Medicina da Doença’, pode acabar produzindo um enfraquecimento da dimensão territorial da clínica – logo, uma despotencialização da abordagem comunitária e familiar. Se a comunidade e a família são vistas como territórios vivos e uma teia de relações em que os indivíduos constroem suas subjetividades e têm os seus encontros, essa despotencialização é bastante importante para a abordagem profissional (Merhy et al., 2019). De certa forma, há uma redução da potencialidade de ampliação da clínica que enxerga além da doença, mas não ultrapassa o que seria a pessoa isolada. Seridó (homem, branco, 44 anos) até destacou que, na suplementar, “não há intervenção comunitária para mudar a realidade da comunidade. Nossa abordagem pode até ser comunitária, mas o foco da ação é o individual”.

Apesar de Potengi e Seridó reconhecerem os prejuízos dessa redução do escopo, Ceará-Mirim (mulher, branca, 26 anos) chegou a comentar: “Na saúde suplementar, as pessoas são de um território que não é tão vulnerável. O ambiente não é tão de risco. O bairro e a comunidade não importam muito”. Essa ideia de que a abordagem comunitária é relevante somente para populações pobres, em situação de vulnerabilidade e de risco, se aproxima muito dos ideários assistencialistas de uma APS restrita e seletiva de organizações como o Banco Mundial (Rizzotto, 2021).

Nessa concepção, os territórios das pessoas atendidas pelos planos privados de saúde, em sua maioria brancas e de classe média (Souza Júnior et al., 2021), são universais e não precisam ser objetos de intervenção da clínica. Já os territórios habitados pela população preta e parda economicamente expropriada são vistos como ‘de risco’ e precisam ser nomeados e trazidos à cena do fazer médico (Silva, 2014). Esse domínio do ‘patológico’ em tais territórios vulnerabilizados é ainda o que serve de justificativa para o exercício da violência brutal do Estado personificado pelas forças da polícia.

Reconfigurações das abordagens familiar e comunitária

Sobre a família, Açu (homem, branco, 35 anos) afirmou:

A abordagem familiar pode ser necessária ou pode não ser. Nem sempre a unidade familiar é abordada integralmente. No convênio, pessoas diferentes da mesma família podem ser acompanhadas por médicos diferentes.

Alguns(mas) MeFCs da clínica, ao serem questionados(as) sobre a abordagem familiar e comunitária na APS suplementar, chegaram a falar de ferramentas que relacionam diretamente com essa dimensão territorial. Dessas ferramentas, eles(as) consideram menos presentes no trabalho da APS suplementar: a visita domiciliar; as atividades de educação em saúde; ferramentas específicas da prática da MFC, como o genograma e o ecomapa, e a vigilância em saúde.

Sobre o seu trabalho na saúde suplementar, Açu (homem, branco, 35 anos) afirmou: “Não há visita domiciliar pelos médicos de família na saúde suplementar”. Apesar disso, Maxaranguape (homem, branco, 29 anos) vê a telemedicina como uma possibilidade de substituir a visita: “Atendemos, agora com a telemedicina, até pessoas de outros países. É até como se fosse uma visita domiciliar. Você vê um tapete mal-posicionado na casa de um idoso e pode orientar”. Observa-se que essa compreensão de atenção domiciliar reitera somente os seus aspectos de vigilância nas suas atribuições mais fiscalizatórias e favorece o exercício do biopoder na prescrição de um hábito mais saudável de vida (Santana, Burlandy e Mattos, 2019). Perde-se assim a dimensão de uma prática domiciliar mais horizontal, dialógica e emancipatória por meio da intimidade da ‘casa’.

Sobre a educação em saúde, o mesmo médico ressaltou: “Não existe uma territorialização nos serviços de saúde privados, mas a gente consegue fazer alguns grupos e cursos como de gestantes e tabagistas”. No mesmo sentido, Seridó (homem, branco, 44 anos) comentou:

O que a gente pode fazer é em termos de educação em saúde. Fizemos vários vídeos para Instagram e Youtube. *Live* talvez seja uma boa ideia. O fisioterapeuta da clínica está pensando em fazer atividades numa praça ou numa praia.

Assim como na visita domiciliar, o modelo que orienta as práticas de educação em saúde realizadas é o tradicional, hierárquico e bancário. Há um centramento nos conhecimentos técnicos dos(as) profissionais de saúde e o distanciamento das possibilidades dialógicas dos saberes dos(as) clientes, das aproximações com a vida comunitária e os contextos de determinação social do processo saúde-doença.

Sobre outras ferramentas, Maxaranguape (homem, branco, 29 anos) afirmou que usa “muito o genograma, mas o tempo é muito corrido”. Açú também relatou: “Eventualmente se utiliza genograma e ecomapa”. É interessante pensar que essas ferramentas vão perdendo cada vez mais espaço na realidade da saúde suplementar por conta do pouco tempo de consulta e da perda da dimensão territorial da APS na saúde suplementar. Nos diários cartográficos, esta reflexão é presente:

Nas nossas valises temos a ferramenta do Método Clínico Centrado na Pessoa. Acho que essa é uma ferramenta muito bonita, mas como efetivá-la num contexto de consultas de 15 minutos com muitas pessoas que a gente está até atendendo pela primeira vez? Eu me sinto muito como Chaplin apertando os parafusos em *Tempos modernos*. (Diário Cartográfico)

Ainda sobre família e tempo, Potengi declarou:

Eu cheguei a chamar familiares de uma mesma família para uma consulta para abordagem familiar, mas não houve interesse do plano de saúde de viabilizar o tempo necessário de consulta para isso. Tentei dialogar com a assistente social, mas não havia um tempo reservado para isso.

Potengi disse ainda que a agenda era bem inflexível e que ela tentava sair do papel de ‘apenas uma clínica’, mas não conseguia por conta disso: “Eu não integrava a família, eu atendia o indivíduo. Eu não era médica de família, eu era uma clínica, uma clínica do indivíduo”. Essa visão de redução ao papel de uma ‘clínica’ parte da ideia de que a MFC tem um olhar mais ampliado e integral do cuidado de uma pessoa que a de um especialista em clínica médica, pois inclui a medicina centrada nas pessoas e as abordagens territoriais.

Sobre a vigilância em saúde, segundo os relatos dos(as) MeFCs, cabiam exclusivamente à enfermagem o papel de vigilância epidemiológica e trabalhos de atividade coletiva e de grupos. Na rotina da enfermagem, há espaços de carga horária para realização de grupos de gestantes, cessação do tabagismo, redução de peso e contracepção. Também há espaço para compilação e análise de indicadores de saúde como quantitativo de pessoas gestantes, hipertensas, diabéticas e asmáticas que são gerados pelo sistema de prontuário eletrônico. Essas atividades são vistas pela seguradora do plano de saúde como secundárias e não essenciais para a prática médica em seu cotidiano. Segundo Açú (homem, branco, 35 anos), reproduzindo essa visão, “elas podem muito bem ser executadas pela enfermagem”. Com isso, há uma diminuição da potência não somente da dimensão política e afetivo-existencial do território como também de sua dimensão clínico-epidemiológica.

Sobre a abordagem familiar, Seridó (homem, branco, 44 anos) afirmou: “Eu ofereço o melhor atendimento possível para a pessoa da família que vem”. Em outras falas transparece que essa abordagem individual de um membro da família já poderia ser considerada uma abordagem familiar. Essa concepção é oriunda da abordagem sistêmica que é a concepção dominante da MFC sobre a família (Dias, 2018). Para tal abordagem, a família é um conjunto de indivíduos que partilham laços de parentesco ou amizade e que convivem sob o mesmo teto. Contudo, apesar de os arranjos familiares poderem ser múltiplos,

eles seguem um ciclo de vida que tem momentos decisivos e previsíveis como: sair da casa dos pais e se tornar uma pessoa adulta independente, formar um casal, ter filhos, ver os filhos crescerem, lançar os filhos ao mundo e ter um estágio final com um 'ninho vazio' (Dias, 2018).

Tal modelo, mesmo que preveja a possibilidade de arranjos diferentes, é organizado em torno dos ideais, conceitos e desenvolvimento marcados pela normatividade de um modelo eurocêntrico de família (Tokuda, Peres e Andréo, 2016). É uma perspectiva bastante limitada, pois as vivências familiares que tal abordagem prevê para cada ciclo naturalizam os vieses de uma sociedade patriarcal em que a infância e a criação de toda a progênie não são um atributo da comunidade como um todo, mas de um casal heteroafetivo de indivíduos do nicho familiar, principalmente da mulher. Há ainda a noção problemática de família funcional e disfuncional que carrega em si uma visão biologicista e normatizante do que seria o normal ou patológico e que não faz sentido na realidade brasileira, em que 14,7% das famílias, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), o IBGE, são monoparentais e chefiadas por mulheres.

Considerações finais

Diante desse panorama, vê-se a despotencialização das linhas de força que perpassam pelo nome da própria especialidade e pelo enfraquecimento da dimensão comunitária e familiar na saúde suplementar. Assim, a MFC, dentro da saúde suplementar, perde parte de sua potencialidade e escopo de ações. Ela deixa cair as letras 'F' e 'C' e focaliza sua atuação numa clínica centrada na pessoa, sem conseguir atuar diretamente sobre os territórios da 'família' e da 'comunidade'. Isso ocorre devido a arranjos específicos do modelo de APS na saúde suplementar que foi estudado: com adscrição por meio de lista de pacientes, sem possibilidade de visitas domiciliares pelas equipes de Atenção Primária e com o cuidado da família limitado aos membros que eram beneficiários do plano privado de saúde. Ações como a educação em saúde são efetivadas somente em sua versão mais prescritiva e menos emancipatória. A visita domiciliar, importante no modelo de ABS integral, não faz parte do rol de atividades da MFC exercida na saúde suplementar.

Apesar da limitação deste trabalho, ao centrar sua análise na atuação de MeFCs de uma única clínica de uma operadora de plano de saúde, ele já aponta os desafios gerais da atuação dessa especialidade em tal nível de atenção. Embora a MFC se apresente como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico e centrado em procedimentos de alto custo, nesse ambiente privado ela passa por metamorfoses em seu escopo de atuação e se distancia, como demonstrado, da sua vocação territorial.

É importante salientar que essa desterritorialização não ocorre exclusivamente no contexto privado. A racionalidade privada tem sido incorporada nas políticas públicas descaracterizando princípios e práticas da ABS, com particular prejuízo da territorialização. A Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que flexibiliza a presença dos agentes comunitários de saúde (ACSs) nas equipes, e a normativa complementar que cria as equipes de Atenção Primária (eAPs), sem ACS, têm produzido um distanciamento do território. Nesse cenário, advoga-se por um SUS centrado na ABS e capaz de instrumentalizar as lutas em defesa de uma atenção que seja territorial, comunitária e integral. Ao analisarmos a situação da Medicina de Família e Comunidade no setor suplementar e suas implicações nas diferentes abordagens em saúde, mantemos a dúvida sobre a existência da real possibilidade de compatibilizá-la com a lógica abrangente, em que a saúde em sentido amplo é compreendida como um direito, e com os tensionamentos do setor privado, para o qual a saúde é assimilada como mercadoria.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram de igual forma na concepção do estudo, na curadoria, coleta e análise dos dados, na redação do manuscrito original, na revisão e na edição final.

Financiamento

Houve financiamento em modalidade de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela cota Pibic-UFPB-CNPq-Fapesq 2021-2022.

Conflitos de interesses

Declaramos não haver conflito de interesses.

Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu todas as recomendações éticas da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba, CAAE: 42482721.7.0000.8069, em 26 de fevereiro de 2021.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante da dissertação de mestrado *Entre baques e atraques: a inserção da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar*, de autoria de Isaac Linhares de Oliveira, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2023.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Manual de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude/certificacao-em-atencao-primaria-a-saude-aps/manual_aps_inclusao_anexos_final.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Taxa de cobertura de planos de saúde*. 2022. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_pl.def. Acesso em: 8 dez. 2022.

ANDRADE, Henrique S. *Medicina e crítica de uma formação e comunidade: emergência e crítica discursiva*. 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5207>. Acesso em: 8 nov. 2022.

ANDRADE, Henrique S. *Subjetividade em risco: clínica centrada na pessoa, prevenção quaternária e atenção primária à saúde no neoliberalismo*. 2001. 153f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2021.

AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DIAS, Lêda C. Abordagem familiar. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p. 281-292.

DONNANGELO, Maria C. F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Hucitec, 2011.

FALK, João W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004. [https://doi.org/10.5712/rbmf1\(1\)2](https://doi.org/10.5712/rbmf1(1)2). Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/2>. Acesso em: 14 dez. 2022.

FARIA, Rivaldo M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4.521-4.530, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n11/4521-4530/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

FREEMAN, Thomas R. *Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano M.; ALMEIDA, Patty F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.475-1.482, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GOMES, Maria P. C.; MERHY, Emerson E. *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana; PASSOS, Eduardo. *Pistas do Método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2017.

L'ABBATE, Solange. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>. Acesso em: 1 jan. 2023.

LISBOA, Alisson S. *A inserção da Medicina de Família e Comunidade em empresas de planos privados de saúde no Brasil*. 2020. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

LOURAU, René. Uma apresentação da análise institucional. In: ALTOÉ, Sônia (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 128-139.

MACHADO, Humberto S. V.; MELO, Eduardo A.; PAULA, Luciana G. N. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-5, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QYCh5R6sG59JvS3wQgmFDBw/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MASSUDA, Adriano *et al.* Uma chama que se apaga: residência de medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 633-643, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400014>. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712009000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 dez. 2022.

MENICUCCI, Telma M. G. A regulação da assistência à saúde suplementar. In: MENICUCCI, Telma M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 233-289.

MERHY, Emerson E. *et al.* Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 70-83, 2019. Número especial 6. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt>. Acesso em: 8 jan. 2022.

NORMAN, Armando H. Lista de pacientes: reflexões para a prática da Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2.856-2.880, 2021. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2856](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2856). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2856>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OBERG, Lurdes P. O conceito de comunidade: problematizações a partir da psicologia comunitária. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 709-728, 2018. <https://doi.org/10.12957/EPP.2018.38820>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000200018. Acesso em: 2 jan. 2023.

RIZZOTTO, Maria L. F. Continuidades e mudanças nas estratégias de intervenção do Banco Mundial no setor de saúde brasileiro. In: GEREMIA, Daniela S.; ALMEIDA, Maria E. (orgs.). *Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde*. Chapecó: Editora UFFS, 2021, p. 70-82. <http://dx.doi.org/10.7476/9786586545562.0004>. Acesso em: 8 nov. 2022.

SANTANA, Vagner C.; BURLANDY, Luciene; MATTOS, Ruben A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de agentes comunitários de saúde em Montes Claros (MG). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 159-169, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yPDsVDLZrvMQjVGGn4VJsMB/?lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2022.

SANTOS, Milton. *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. São Paulo: EdUSP, 2008.

SCARPARO, Helena B. K.; GUARESCHI, Neuza M. F. Psicologia social comunitária profissional. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 19, p. 100-108, 2007. Número 2. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/xwcQDfj7n4BJPrsY9Qry9Jq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2023.

SEGALLA, Sarah B. *Atuação política de médicas e médicos de família e comunidade no Brasil: discursos e projetos em disputa e sua relação com políticas neoliberais*. 2021. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

SILVA, Denise F. Ninguém: direito, racialidade e violência. *Meritum*, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 2-117, 2014. Disponível em: <http://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/2492>. Acesso em: 16 dez. 2022.

SLOMP JÚNIOR, Helvo *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, Barcelona, v. 20, n. 3, 2020. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v20-3-slomp>. Acesso em: 9 jan. 2022.

SOUZA JÚNIOR, Paulo R. B. *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2.529-2.541, 2021. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl1/2529-2541/>. Acesso em: 9 jan. 2022.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEWART, Moira *et al.* *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TOKUDA, André M. P.; PERES, William S.; ANDRÊO, Caio. Família, gênero e emancipação psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 36, n. 4, p. 921-931, 2016. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001022014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rLthf4hjdQWD35tGHGts5Ld/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 dez. 2022.