

Pessoas e crachás, protocolos e sofrimentos: trabalho de campo no contexto de diálogos e práticas interdisciplinares num grupo do Programa de Educação Tutorial em Saúde Digital da UFSM¹

Daniel Alves (UFSM-Brasil)²

Francis Moraes de Almeida (UFSM-Brasil)³

Resumo. O presente trabalho tem como objetivo apresentar aplicação situacional de princípios de trabalho de campo em contexto hospitalar e de projeto de formação profissional. O Programa de Educação Tutorial em Saúde Digital (PET-SD) da UFSM tem como objetivo acompanhar discentes de cursos de graduações dentro de ambientes de atuação profissional em saúde no setor público. Os desafios dos 16 grupos envolvidos são: conhecer o contexto dos serviços e divisar soluções práticas na direção da digitalização, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde e, no país, pelo Ministério da Saúde. Na contextualização do serviço, enquanto tutores de um grupo de monitoras e monitores oriundo de diversos cursos, apresentamos uma discussão crítica contemporânea sobre Sociologia e Antropologia digitais, Antropologia do Corpo de da Saúde e fundamentos de trabalho de campo que permitam redação de relatórios. O grupo é composto por quatro preceptoras atuantes em setores do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), as quais acompanham conosco discentes monitores dos cursos de Odontologia, Farmácia, Psicologia, Estatística e Ciências Sociais. Interessa-nos uma discussão metodológica de ensino na pesquisa, a dinâmica interdisciplinar do grupo e as sutilezas que fazem a experiência de relatar situações concretas em hospitais extrapolar a dimensão pragmática da "produção de dados" para algo que tange a abordagem antropológica das possibilidades e dos dilemas de campo.

Palavras-chave: etnografia, hospital, Programa de Educação Tutorial.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo apresentar aplicação situacional de princípios de trabalho de campo em contexto hospitalar e de projeto de formação

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2026). Agradecemos à [Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI](#) pelo apoio financeiro através de bolsas de tutoria, preceptoria e monitoria aos grupos PET Saúde Digital da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

² Docente no Departamento de Ciências Sociais, Centro de Ciências Sociais e Humanidades da UFSM (DSOC-CCSH-UFSM), no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal de Santa Maria (PPGCSoc-UFSM) e na Universidade Federal de Uberlândia (PPGCS-UFU). Tutor do Grupo PET Saúde Digital 13 da UFSM.

³ Docente (DSOC-CCSH-UFSM; PPGCSoc-UFSM). Coordenador do [Núcleo de Estudos sobre Emoções e Realidades Digitais](#) e do Grupo PET Saúde Digital 13 da UFSM.

profissional. O Programa de Educação Tutorial em Saúde Digital (PET-SD) da UFSM tem como objetivo acompanhar discentes de cursos de graduações dentro de ambientes de atuação profissional em saúde no setor público. Enquanto tutor e coordenador de um grupo de monitoras e monitores oriundo de diversos cursos, operamos através de uma discussão crítica contemporânea sobre Sociologia e Antropologia digitais, Antropologia do Corpo e da Saúde e fundamentos de trabalho de campo que permitam a redação de relatórios. Começamos por uma discussão sobre “saúde digital”, para logo após lançar algumas ideias sobre o que tem sido orientar trabalhos de campo em ambientes hospitalares. Ao final refletimos criticamente sobre algumas concepções em operação no Programa Pet-Saúde Digital e antevemos qual papel pode ter o ensino de Antropologia em “outros” contextos e entre “outros” públicos.

A “Saúde Digital” e o digital na saúde

Começamos ilustrando com situação de campo que não envolve ambiente hospitalar, mas que nos leva diretamente ao centro da questão da saúde digital nos serviços públicos de saúde. Daniel Alves esteve presente na XIII Conferência Municipal de Saúde de Santa Maria (RS) em agosto de 2026 nas dependências de uma universidade confessional dessa mesma cidade. Conferências deste tipo apresentam-se como situações interessantes para perceber a avaliação das pessoas quanto aos serviços públicos de saúde. Do ponto de vista do grupo PET Saúde Digital, seria uma oportunidade para perceber qual a importância espontânea dada a temas concernentes à Saúde Digital (interoperabilidade, ampliação do acesso, consultas e exames por meios digitais, etc).

Daniel esteve na roda de conversa que debateu propostas para a área de Saúde Mental no município. A proposta 5.14 na Roda de Conversa 5 era a única com interlocução direta com o PET Saúde Digital: “Garantir a implantação da internet nos serviços de saúde mental para promover inserção digital e suporte tecnológico através do acesso à cursos de informática”. Seguiu-se um debate público entre três agentes diante de cerca de outras 40 pessoas presentes na sala sobre acesso à internet no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. No debate havia uma pessoa mediadora (C., branca, 50-60 anos) e dois outros sujeitos, uma mulher (K., branca, 20-30 anos) e um homem (P., pardo, 20-30 anos), todos agentes públicos na Saúde Mental do município. Pelos relatos disponibilizaram-se computadores com internet cabeada nos serviços em poucos terminais, o que não granjeava acesso dos servidores em algumas

dependências do CAPS. Em determinado momento, apresentaram-se as seguintes considerações:

K. Ó, vou dar um exemplo aqui. Nós tínhamos (NR: outrora no serviço de saúde onde K. atuara) uma Internet que era da [nome da empresa]. Nós usávamos no celular. Não tinha nenhuma Internet com fio. Agora colocaram os computadores, mas a gente continua...

P: Nós mesmos providenciamos um wi-fi, e pediram pra desligar.

K. Desligar porque estava atrapalhando... Na verdade não mudou nada.

C. Então a gente pode colocar “Garantir a implementação da internet wi-fi”...

Outra pessoa: Da rede sem fio. Aí bota entre parêntese “wi-fi”.

(Trecho de diário de campo, Daniel Alves, 30/08/2025, grifos nossos)

A redação final aprovada para os GTs. ficou: “Garantir a implementação da rede sem fio (wi-fi) nos serviços de saúde mental para promover inserção digital e suporte tecnológico através do acesso à cursos de informática”. Apontamos, nesta situação, a distância entre a realidade local expressa pela necessidade de implementação de rede sem fio e o tom de “dever-ser” característico dos documentos que orientam Saúde Digital. Veja-se, por exemplo, a “Estratégia Global sobre Saúde Digital 2020-2027” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2025). Lê-se como o quarto princípio-guia da estratégia global em Saúde Digital a seguinte orientação:

Há uma necessidade urgente de investir em esforços para superar os principais obstáculos que os países em desenvolvimento enfrentam para adotar e acessar novas tecnologias de saúde digital, como ambiente propício adequado, recursos suficientes, infraestrutura para apoiar a transformação digital, educação, capacitação humana, investimento financeiro e conectividade à internet (OMS, 2025, p. 17).⁴

Ainda que se assuma, no objetivo estratégico “governança global em saúde”, “Promover e facilitar competências em saúde digital nos currículos de educação e formação de todos os profissionais de saúde e trabalhadores afins” (idem, 2025, p. 24)⁵, é notório que em países do Sul Global necessidades de infraestrutura básica nos serviços locais para a Saúde Digital impedem o desenvolvimento dessas competências.

Tal realidade se impõe, inclusive, aos produtos que se esperam do PET-Saúde Digital no Brasil. Para dar um exemplo: aplicações que são esperadas, por exemplo, para promover a interoperabilidade entre sistemas de gerenciamento de dados em saúde em múltiplos níveis precisam ser hospedadas em algum lugar com algum custo.

⁴ Tradução dos autores. A pedido da organização, declara-se que “esta tradução não foi realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou pela precisão desta tradução. A edição original em inglês é a edição autêntica e vinculante”.

⁵ Idem ao anterior.

Embora seja um programa nacional de bolsas gerido e fomentado pelo Ministério da Saúde, não há disponibilização de recursos de capital que deem conta da infraestrutura necessária para implementação das soluções propostas.

Há mais: em muitos pontos dos serviços de saúde, como por exemplo aqueles que acompanhamos por conta de nossa participação no PET-Saúde Digital da UFSM, há demanda por pessoal, infraestrutura (não há, por vezes, dispositivos e/ou servidores em número suficiente para alimentar as evoluções em fluxo no serviço) e conectividade (ilustrada pela demanda de internet sem fio no CAPS). As iniciativas para dar conta do abastecimento constante dos sistemas correm o risco de ser entendidas pelos gestores como “obstáculos” que geram resistências dentro das instituições.

O foco das resistências institucionais em direção à Saúde Digital pode se concentrar em iniciativas individuais (do tipo: “nós providenciamos um wi-fi e pediram para desligar”), ou em propostas provenientes dos programas e projetos em desenvolvimento junto aos serviços de saúde pública. Mencionamos, propositalmente e de passagem, a dificuldade que tem sido convencer certos setores que promovem atendimento ao público pela conveniência e oportunidade da substituição dos contatos telefônicos por um número de Whatsapp. Temos, por hipótese e num serviço específico do hospital, que o número de cancelamentos de exames por falta de confirmação passa pela não identificação da ligação por parte do usuário. Teremos enquanto grupo de levantar dados quantitativos junto ao hospital para confirmar ou não essa hipótese. Conhecendo instituições, seja do ponto de vista da cultura ou da psicologia institucionais, sabe-se que a existência de dados concretos não garante mudanças, mas torna certos reconhecimentos incontornáveis.

“Learning to play”⁶ em contextos hospitalares

Passamos agora para considerações sobre o ensino de princípios de observação participante dentro de um contexto interdisciplinar. Tais princípios fundamentam a produção de relatórios que atestam a presença constante dos monitores junto às preceptoras nos serviços de saúde, característica importante dos grupos de Programas de Educação Tutorial. O grupo é composto por quatro preceptoras atuantes em setores do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), as quais acompanham

⁶ Mantemos a palavra na língua inglesa porque ela remete simultaneamente aos significados “jogo” e “representação” (papel teatral) explorados pela incorporação das discussões fenomenológicas na Sociologia.

conosco discentes monitoras e monitores dos cursos de Estatística, Farmácia, Odontologia, Medicina, Psicologia e Odontologia. Três preceptoras atuam em locais em que se presta serviço direto à comunidade, e uma delas trabalha junto a órgão de gestão do hospital. Nosso enfoque aqui estará na condução do grupo em linhas mais gerais, na perspectiva da construção de um projeto de ensino que contemple ensinar etnografia em contexto hospitalar.

O trabalho de campo em Antropologia, quando foi minimamente definido, partia do princípio de que haveria margens de negociação no campo cujo controle estava em disputa numa tensão entre agentes coloniais, “nativos” (especialmente suas lideranças) e o sujeito cognoscente. Quanto ao último, postulava-se que ele não fosse um contemplador passivo, mas que se engajasse ativamente no processo do conhecer, como um ator social no cenário de observação. Esse sujeito conhecedor do outro está permeado pelo código escrito: “lá” se documenta (escrevem-se diários, esquemas, esboços, censos); “aqui”, se escreve (GEERTZ, 1988). Nesse “aqui” da escrita do trabalho científico expressava-se um certo grau de liberdade que, no campo de tensão que o trabalho de campo representava, não se encontrava, dado que o conhecer científico, no ideal filosófico Ocidental, é manifestação do espírito livre do “Homem” (a palavra, as aspas e a maiúscula não são gratuitas) em relação aos fatos que ele explica ou compreende. Replicou-se tal tensão entre “constrangimentos-de-campo, lá” e “minha-escrita-minhas-regras, aqui” em sociedades “complexas” em estudos de comunidades ou grupos específicos. Por motivos que seriam interessantes para uma discussão aprofundada mas que não será feita aqui, foi na Sociologia que a discussão sobre trabalho de campo em instituições totais ganhou tração.

De maneira geral em etnografias, encara-se o "campo" como uma instância de referências empíricas na qual os fatos se desenrolam com algum grau de liberdade. Apesar da imperiosidade das regras locais e dos constrangimentos de toda sorte, imagina-se que existe alguma franja de liberdade que os sujeitos daquela cultura podem reter frente às instituições sociais, e que tal liberdade se estende em alguma medida ao próprio sujeito que pesquisa “lá”. O pensamento escrito em nosso contexto epistêmico instaura um maniqueísmo próprio entre um eu que conhece e outro que se dá a conhecer. Daí que, ao contrário do "campo" dos clássicos na Antropologia em que a virtualidade dos imponderáveis sempre está no horizonte, no "campo" em instituições como hospitais o "outro" representado no texto é, no limite, a própria instituição em suas lógicas peculiares

e seus constrangimentos estruturais no nível das mínimas relações. Quem vê hospital vê, antes de tudo, a imperiosidade do poder médico, da burocracia e das restrições à liberdade dos sujeitos.

Erving Goffman (1922-1982) parece ter sido o primeiro a desenvolver trabalho de campo pensado dentro do contexto de “instituições totais”; inclusive, esse conceito é de sua lavra. Não será nosso intuito recuperar a integralidade desse conceito em seu clássico “*Asylums*” (no Brasil, traduzido pelo título “*Manicômios, prisões e conventos*”, GOFFMAN, 1990), mas ao menos um aspecto deve ser ressaltado: os “constrangimentos de campo” no local de observação incidem fortemente sobre o campo da observação e sobre o observador de forma diferente do que o nas etnografias convencionais. Nas monografias sobre aldeias ou comunidades de pequena e média escala quem faz a pesquisa tem certa liberdade de ação, baseado no álibi de ser considerado “estrangeiro” ou “criança”, e, estabelecendo vínculos, vai sendo limitado por disposições coletivas na medida em que avança. Instituições totais conferem identidades (“detento”, “paciente” e “agente”, por exemplo) de plano e, a partir disso, cerram os limites de liberdade aos sujeitos atribuindo papéis, mas não podem realizar um fechamento autorreferente de forma absoluta. A obra de Goffman exerce certo fascínio porque o autor deu a conhecer em seus livros graus de liberdade humana onde ela é, por princípio, negada.

Hospitais são instituições nas quais, num certo ideal, essa margem de liberdade sobre decisões individuais é constantemente tolhida pelos papéis (“paciente”, “profissional de saúde”, “gestão”) que a instituição confere. Além dos papéis esperados, lidar com cotidiano em hospitais implica em (re)conhecer (isto é, entender, aceitar, introjetar em si e, ocasionalmente, inculcar a outros) normas escritas e outras, não-escritas. Ademais, não raras vezes apresentam-se situações nas quais o manejo localmente adequado do sofrimento (o que a nosso ver poderia ser uma definição mínima de *cuidado*⁷) junto ao paciente precisa que algumas regras sejam relativizadas. Ou seja, negociando às bordas das normas e metas institucionais escritas ou subentendidas, pessoas acompanham parentes adoecidos onde “não deveriam”, acessam lugares “que não deveriam” e/ou atingem níveis de conversação mais “pessoais” e “humanizados”. Essas

⁷ Observe-se que o debate extenso e interdisciplinar sobre a definição de cuidado na área das Ciências da Saúde, especialmente na Enfermagem. Sem aprofundarmos ou querermos ser exaustivos, veja-se AYRES, 2004; CONTATORE *et al.*, 2017; GHANBARI-AFRA *et al.*, 2022; STROEHLEIN, 2016; WALDOW, 2014; WALDOW; BORGES, 2011; WATSON, 2009.

“agências às bordas” vão ao reverso da inscrição do paciente enquanto corpo-objeto característico do modelo biomédico aplicado à gestão hospitalar.

As linhas de ação com vistas à subjetivação nessas instituições assemelham-se a descrições que antropólogos fizeram de processos de cura xamânica (LÉVI-STRAUSS, 1996a; b)⁸. Não é raro que nelas encontremos referenciais de prática e crença religiosos e/ou filosóficos mais ou menos coletivos e organizados que atuam como modalidades de *consolo* (grupos religiosos que visitam enfermos, terapias do riso, conversas planejadas ou espontâneas que surgem aqui e ali entre profissionais da saúde, administração e pacientes). Entendemos que tais linhas de subjetivação, apesar de dispersas e horizontais nas instituições hospitalares, sejam tão “estruturais” no modo de vida dessas instituições quanto aquelas linhas de objetivação concentradas e verticais derivadas do modelo biomédico aplicado. Essa tensão, entre outros elementos (DOUGLAS, 1991) dá o caráter de *instituição* aos hospitais de tal forma em que esse mesmo modelo pode ser projetado, de forma analógica e guardadas as devidas proporções, a segmentações internas às religiões (*catolicismo popular* e *institucionalidade católica*, por exemplo).

Os relatórios que chegam da parte dos monitores nos revelam essas tensões institucionais. Há um outro aspecto importante do programa de bolsas: ele exige o acompanhamento direto nos locais de trabalho e que surjam *produtos* relacionados com as metas da Saúde Digital. Assim, temos a necessidade de dar conta da demanda finalista na forma de *produtos* que instaurem Saúde Digital e suas deontologias; por outro, temos a dimensão oriunda do convívio direto com pacientes, profissionais da saúde e pessoal de administração. Dar conta dessa duplicidade no PET-Saúde digital representa um desafio, pois se exigem contrapartidas que podem demorar a resultar de fato em produtos por conta da preparação necessária para as fases de desenvolvimento de soluções para acessibilidade, gestão digital de processos, interoperabilidade de sistemas, etc. Tal formação técnica em programação e bancos de dados, ademais de não ser característica de muitos envolvidos no Programa, não poderia ser desenvolvida em locais de trabalho limitados em acesso à informação até mesmo para os profissionais que lá trabalham (veja-se o caso do wi-fi no CAPS, que por indução consideramos representar realidade extensível aos serviços públicos de saúde nos quais atuamos).

⁸ Para o reposicionamento analítico do conceito de eficácia simbólica, veja-se a primeira parte de TAVARES; BASSI, 2013.

Mesmo para as finalidades da descrição na forma de relatórios, houve e continuará havendo preparação técnica nas quais invocamos e invocaremos princípios do método etnográfico como bases para as práticas de vivência e escrita de campo nos serviços. Em termos práticos, além das indicações apresentadas pelos textos, insistimos junto aos monitores no cultivo, junto às preceptoras, de um certo senso de proporção, estratégia e tática quanto às mudanças que podem ser sugeridas em cada serviço. A simples inserção de novas pessoas nos serviços gerou apreensão e dúvidas de toda sorte. Passada uma primeira fase de adaptação, orientamos para a redação detalhada de relatórios tentando identificar a dimensão experiencial do convívio e os principais gargalos dos serviços, através de textos, esboços de espaço físico e fluxogramas. Ao mesmo tempo fomos reconhecendo, junto às preceptoras atuantes nos serviços de saúde no HUSM, demandas nas quais poderíamos atuar para promover os princípios da Saúde Digital. Estamos na fase de implementação de algumas ideias, e ainda estamos elaborando outras. Alguns projetos envolverão comunicação social (*podcasts*, produção de mídias para os serviços), para outros necessitaremos dados a serem demandados aos serviços de gestão de informação do hospital.

Ademais, investimos na interpretação crítica dos efeitos da plataformização construída dentro do contexto da Antropologia e Sociologia Digitais como uma espécie de antídoto coletivo à tentação de postular a reforma de instituições erguendo digitalização como princípio absoluto. Reformas tecnológicas bem intencionadas podem levar a mais concentração de poder. Para exemplos disso em termos macrossocietários, veja-se o desenvolvimento de temas contemporâneos ligados à cultura da conectividade, à atuação das *big techs* com a consequente fragilização das bases fundacionais democráticas em países ocidentais (DIJCK, 2013; DIJCK *et al.*, 2018; MARTINO, 2014; PARISER, 2012; POELL *et al.*, 2020; ZUBOFF, 2021).

Justamente para a manutenção de um espírito crítico frente ao processo de digitalização dos serviços de saúde que passamos, agora ao final, para uma última pequena reflexão.

All the world's a dashboard: promessas e riscos da Saúde digital

De modo geral, o que observamos entre os projetos do PET-Saúde digital, inclusive os do nosso grupo, são iniciativas que envolvem produção direta de dados, manejo de dados entre sistemas distintos (interoperabilidade) e divulgação de resumos de dados para gestores ou, em menor grau, pacientes. Aqui e ali surge a preocupação com a

alimentação “correta” dos sistemas, o que implica quase sempre *capacitação* de pessoas que lidam diretamente com o atendimento da saúde pública. *Letramento* pode aparecer como descritor desse aprendizado para a produção “correta” de dados, assim como pode ser utilizado para o entendimento “correto” de informações médicas ou para a “prevenção” à *fake news*.

Capacitação e, mais sutilmente, *letramento*, atuam no nosso contexto como ideias-força que militam discursivamente *para que algo passe a ser feito direito*, ou seja, projetam uma ortodoxia racional realizável no futuro. Tais ideias fundamentam-se na constatação de uma falta (“as pessoas não sabem”, “não sabem utilizar as ferramentas digitais”, etc) e na perspectiva de uma intervenção (algo deve ser feito para que, sabendo, atuem de forma “correta”, utilizem as ferramentas corretamente e acreditem nas coisas “certas”). Como convivemos nas Ciências Humanas com modelos teóricos baseados na (suposta) existência da falta de consciência de algo que, dada uma (suposta) inevitável reestruturação em sistemas de pensamento e comportamento coletivos em sociedades modernas, projetam um (suposto) futuro gerenciável e racional (*progresso, luta de classes, desencantamento do mundo*, etc.), temos motivos e motivações para ter pelo menos *um pé atrás* acerca da implementação de iniciativas práticas que operem por conceitos como *capacitação* e *letramento*.

Outro risco significativo, dado o modelo exploratório que estrutura o próprio PET-Saúde Digital, é que surjam novos sistemas em microescala tentem dar conta de problemas curtos que não se comunicarão com outros problemas análogos em outros setores, o que aumentará a demanda por dataficação na ponta do serviço sem grande impacto estruturante. Talvez isso diga respeito, inclusive, àquilo que caracteriza a diferença da política pública frente à resolução de problemas: a capacidade de, por analogia, atingir problemas estruturais que se assemelham em setores diferentes. Sistemas como Datusus ou AGHU surgiram como política pública por atos administrativamente centralizados com efeitos descentralizados. Esperamos no PET-Saúde Digital que, pelo reverso do movimento anterior, soluções administrativamente descentralizadas possam contribuir para algo mais amplo. Para além de resolver problemas localizados, cabe saber qual concepção de política pública em saúde está e estará em jogo no Programa.

Menos teoricamente, sabe-se que projetos de *letramento* e *capacitação* certamente se transformam em mais trabalho “na ponta” do sistema de saúde no Brasil, aumentando por rebote a demanda por formação e produção de mais dados com pouca

probabilidade de haver aumento de infraestrutura ou pessoal para suportar a crescente demanda de dataficação. Em meio a isso, e na contracorrente, ensinamos pessoas que não estão se formando como profissionais das Ciências Humanas a redigirem relatórios que absorvem princípios antropológicos na redação de diários de campo. Tal iniciativa tem permitido que visualizemos demandas de forma mais orgânica a partir do ponto de vista dos profissionais de saúde envolvidos no serviço. Ao invés de definir esses agentes por algo que lhes falta, reconhecemos neles saberes e fazeres enraizados na prática institucional e procuramos trabalhar a partir das possibilidades e limites que o campo impõe.

Referências bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh>. Acesso em: 04/06/2026.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface**, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>. Acesso em: 05 jun. 2026.

DIJCK, J. V. **The culture of connectivity: A Critical History of Social Media**. Oxford; Nova York: Oxford University Press, 2013.

DIJCK, J.; POELL, T.; WAAL, M. **The Platform Society: Public values in a connective world**. Nova York: Oxford University Press, 2018.

DOUGLAS, M. **Como as Instituições Pensam**. 1 ed. São Paulo: EDUSP, 1991. (Coleção Ponta; 16.

GEERTZ, C. Estar lá, escrever aqui. **Diálogo**, p. 58-63, 1988.

GHANBARI-AFRA, L.; ADIB-HAJBAGHERY, M.; DIANATI, M. Human Caring: A Concept Analysis. **Journal of Caring Sciences**, v. 11, n. 4, p. 246-254, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.21>. Acesso em: 05 jun. 2026.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural**. 5 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996a. p. 215-236. (Biblioteca Tempo Universitário; 7).

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: **Antropologia estrutural**. 5 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996b. p. 193-213. (Biblioteca Tempo Universitário; 7).

MARTINO, L. M. S. **Teoria das Mídias Digitais: linguagens, ambientes, redes**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2014.

OMS. Global strategy on digital health 2020-2027. 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a64d584f-015b-471f-9d86-9ea263cfb516/content>. Acesso em: 28 jun. 2026.

PARISER, E. **O filtro invisível: o que a Internet está escondendo de você**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

POELL, T.; NIEBORG, D.; DIJCK, J. v. Plataformização. **revista Fronteiras - Estudos midiáticos**, v. 22, n. 1, p. 2-10, 2020.

STROEHLEIN, M. Caring Concept. **SOJ Nursing & Health Care**, v. 2, n. 1, p. 1-3, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15226/2471-6529/2/1/00113>. Acesso em: 05 jun. 2026.

TAVARES, F.; BASSI, F. (orgs.). **Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2013.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo**, v. 17, n. 1, p. 13-25, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>. Acesso em: 05 jun. 2026.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Caring and humanization: relationships and meanings. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WATSON, J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. **O mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009.

ZUBOFF, S. **A era do capitalismo de vigilância: a luta por um futuro humano na nova fronteira de poder**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2021.