

UNICAMP

Raquel Vaz Cardoso

***Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia
de Saúde da Família***

Campinas

2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

Raquel Vaz Cardoso

**Medicalização e o Cuidado em Saúde na Estratégia
de Saúde da Família**

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas para obtenção do Título de Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, área de concentração: Política, Gestão e Planejamento.

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Raquel Vaz Cardoso e orientada pelo Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha.

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C179m Cardoso, Raquel Vaz, 1983-
Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família / Raquel Vaz Cardoso. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Gustavo Tenório Cunha.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Medicalização. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia de saúde da família. I. Cunha, Gustavo Tenório. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Medicalization and health care in the family health strategy

Palavras-chave em inglês:

Medicalization

Primary health care

Family health strategy

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Gustavo Tenório Cunha [Orientador]

Gastão Wagner de Sousa Campos

Charles Dalcanale Tesser

Data de defesa: 25-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

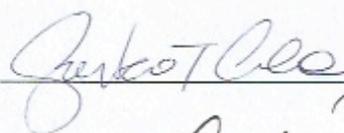
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

RAQUEL VAZ CARDOSO

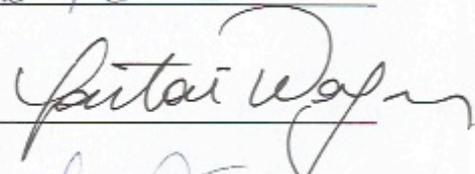
Orientador (a) PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

MEMBROS:

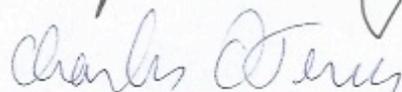
1. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



2. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



3. PROF(A). DR(A). CHARLES DALCANALE TESSER



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 25 de fevereiro de 2014

Dedico esse trabalho a minha família que está sempre em renovação de vida, em um processo dialético de medicalização e desmedicalização. Em especial à minha querida irmã Léa e a meu pequeno afilhado Francisco, vocês são um exemplo lindo e concreto de autonomia e cuidado. Muito grata por compartilhar desta existência com vocês.

AGRADECIMENTOS

As coisas que construímos e os lugares que chegamos dependem de uma grande rede de apoio social, que começa no nascimento, na família, e continua por toda a rede de relações sociais, laços de amizade, encontros em atividades laborais e de ensino e, espero que assim continue enquanto haja sopro de vida... Agradeço, portanto:

À minha família, pelo apoio incondicional;

Em especial ao tio Jaime, que me ajudou a retomar meu tema de pesquisa inicial, em suas palavras: “Vai lá e finca a sua bandeira. É nessa fase [da vida] que você tem que mostrar ao mundo para quê veio”;

Às tias Neila e Marli, pelo apoio e o cuidado desde sempre;

A minha querida prima Camélia Vaz Penna que muito me ajudou na estruturação da dissertação e sempre esteve na torcida;

À prima Carolina Sampaio Vaz, sempre ao meu lado;

À prima Giselle Ferreira – prima de coração que a amizade consolidou - pela revisão final da dissertação;

Aos amigos campineiros, em especial ao Thiago Castro que me acolheu em Campinas em uma fase de tantas mudanças, e a Heloísa Maris e Márcia Rosalmeida, que me estimularam e me ajudaram na fase inicial do mestrado;

Aos colegas e gestores dos muitos trabalhos que tive neste período, obrigada pela colaboração e a flexibilização de horários que tornaram possível compatibilizar trabalho e mestrado.

À Dra. Cinzia Diniz Antonini que me acolheu em Santo Antônio do Amparo - MG e ajudou na revisão do projeto inicial do mestrado.

Aos amigos, colegas e interlocutores Daniel Carvalho Rocha, Margareth Cristina de Almeida Gomes, Ivanhoé Stuart, Felipe Cavalcanti, Paulo Poli Neto e Rodrigo Bandeira de Lima pelas conversas informais que muito me ajudaram;

Ao colega médico de família e comunidade Antônio Garcia dos Reis Júnior que retribuiu a acolhida em Belo Horizonte no seu mestrado com a revisão de parte deste trabalho;

Aos médicos de família e comunidade Juan Gérvas e Marc Jamouille que são referências para este trabalho e muito me inspiraram neste olhar para a atenção primária;

Às queridas Ana Carolina Diniz Rosa e Juliana Fernandes, em nome de todos os colegas do mestrado, vocês fizeram esta empreitada uma grande teia de aprendizagens e amizades;

Ao Dr. Vitor Machado, que me apresentou o saber-fazer da clínica ampliada e me inspirou a seguir em frente neste caminho;

À Esther Maria Vilela e Evando Queiroz, que me acolheram durante a realização deste trabalho;

À Mariana Dorsa Figueiredo, pelas suas contribuições na fase do projeto e na qualificação;

A Gastão Wagner de Sousa Campos, obrigada pela acolhida, pelas aulas, pela orientação, pela inspiração na luta por um SUS (e um mundo) melhor;

A Gustavo Tenório Cunha, meu orientador, por acreditar em mim e na minha propriedade em abordar o tema, mesmo em momentos em que eu mesma recuei e tive medo de continuar;

À equipe na qual realizei o meu trabalho de campo, o meu muito obrigado, aprendi muito e levarei para toda a vida estes encontros;

Aos profissionais do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp que colaboraram e ajudaram na concretização desta etapa;

Às pessoas que atendi, cuidei e àquelas das quais ainda cuidarei, vocês me fizeram refletir e me implicar com tudo isso. Como Richard Smith em editorial do BMJ “*When sick I want to be cared for by doctors who every day doubt the value and wisdom of what they do*”. Que assim seja.

Caminhei muito para chegar até aqui, principalmente porque foi um caminho tortuoso e a caminhada não foi contínua, pois outros caminhos se sobrepuseram...

Graças a esta imensa rede de apoio e “alguma” vontade de saber, isto pôde, enfim, se tornar real...

"Não entender" era tão vasto que ultrapassava qualquer entender —
entender era sempre limitado.
Mas não-entender não tinha fronteiras e levava ao infinito,
ao Deus.
Não era um não-entender como um simples de espírito.
O bom era ter uma inteligência e não entender.
Era uma bênção estranha como a de ter loucura sem ser doida.
Era um desinteresse manso em relação às coisas ditas do intelecto,
uma doçura de estupidez.
Mas de vez em quando vinha a inquietação insuportável:
queria entender o bastante para pelo menos ter mais consciência daquilo que ela não
entendia. Embora no fundo não quisesse compreender.
Sabia que aquilo era impossível e todas as vezes que
pensara que se compreendera era por ter compreendido errado.
Compreender era sempre um erro — preferia a largueza tão ampla e livre
e sem erros que era não-entender.
Era ruim, mas pelo menos se sabia que se estava em plena condição humana.
No entanto às vezes adivinhava.
Eram manchas cósmicas que substituíam entender.

Clarice Lispector em *Uma Aprendizagem ou o Livro dos Prazeres*

RESUMO

A medicalização é um processo social surgido com o advento da medicina moderna e que hoje encontra-se profundamente arraigado nas concepções e práticas de saúde-doença em todo o mundo, bem como em todos os níveis de atenção à saúde. Ela é um fenômeno complexo e possui múltiplos sentidos, sendo exploradas, neste estudo, a sua característica polissêmica e a sua rede de coprodução no âmbito da atenção primária à saúde. Foi realizado estudo qualitativo por meio de revisão narrativa da literatura e de um estudo de caso, para o qual foi utilizada a estratégia de observação participante (agregando técnicas de entrevistas e grupos de discussão na coleta de dados). Objetivou-se, com esta pesquisa, encontrar elementos que deem visibilidade ao processo de Medicalização, às práticas na Estratégia de Saúde da Família consoantes com este processo e, portanto: verificar aspectos do processo de trabalho da equipe de saúde da família, do contexto local das práticas clínicas e de gestão, bem como das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, que possam ser considerados como fatores contribuintes, efeitos ou mesmo expressões de práticas de saúde medicalizantes; analisar as divergências e as aproximações entre o cuidado produtor de saúde e autonomia e as práticas geradoras de heteronomia e iatrogenia no âmbito da atenção primária. Os resultados deste estudo estão apresentados em quatro capítulos. No primeiro, é realizado um relato da implicação da pesquisadora com o tema e de como se construiu esta questão de pesquisa. No segundo capítulo, é conceituada a medicalização, apresentando sua polissemia e complexidade, bem como são discutidos os seus efeitos, as iatrogenias. No terceiro, aborda-se como a organização da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família pode favorecer ou dificultar o processo de medicalização, além de algumas estratégias que propõem um enfrentamento deste. Por fim, no quarto capítulo, apresenta-se a metodologia do estudo de caso, é delimitado o trabalho de campo, bem como são discutidos os resultados deste. Com este estudo, pode-se observar que a medicalização é um fenômeno universal - porém com manifestações muito singulares que necessitam de contextualização - sobre o qual seria possível apontar algumas características em comum, entre elas as decorrentes do modelo biomédico como orientador do saber-fazer hegemônico em saúde, o reducionismo biológico, a cientificização da experiência humana, o conhecimento ancorado em abstrações universalizantes acerca do processo saúde-doença e a prevalência da heteronomia nas relações profissional-usuário e sistema de saúde-usuário. A medicalização foi observada nas práticas da equipe de saúde da família, perpassando todos os núcleos profissionais e as diferentes ações de saúde, sejam práticas preventivas ou curativas, de vigilância, educação em saúde, administrativas ou clínico-assistenciais. Foram identificados como importantes atores e fatores neste processo: os profissionais e usuários do serviço, a gestão e a organização locais e da rede de saúde, a mídia, o contexto político-econômico municipal. O estudo deste fenômeno, suas particularidades e rede de determinações, pode fornecer subsídios para a reorientação das políticas sociais e de saúde e das práticas e saberes dos profissionais que o vivenciam no cotidiano.

ABSTRACT

Medicalization is a social process emerged with the advent of modern medicine, biomedicine, which today is deeply rooted in the concepts and practices of health and disease throughout the world, as well as all levels of health care. It is a complex phenomenon and has multiple meanings, being explored in this study, its polysemic feature and its network of coproduction in primary health care. Qualitative study was conducted through a narrative review of the literature and a case study, for which the methodology of participant observation was used (aggregating techniques of interviews and discussion groups to collect data). The objective of this research was to find elements that give visibility to the process of medicalization, to practices in Family Health Strategy would be consonant with this process and therefore: verify aspects of the work process of the family healthcare team, local context of clinical practice and the management, as well as the guidelines of the Family Health Strategy, which might be considered as contributing factors, effects or even expressions of medicalized health practices; analyze differences and similarities between the practices in primary health care that produce autonomy or heteronomy and iatrogenics. The results of this study are presented in four chapters: the first one is about an account of the implication of the researcher with the theme and how this research question was performed; in the second chapter, it is conceptualized medicalization, with its polysemy and complexity, as well as a discussion of its effects, iatrogenic complications; the third chapter presents how the organization of the Primary Health Care and the Health Family Strategy may promote or hinder the process of medicalization in everyday professional practice, as well as some strategies that propose a confrontation of this; the fourth chapter presents the methodology of the study, which is delimited field work as well as its results are discussed. It is observed that the medicalization is a universal phenomenon - but with very singular manifestations that require contextualization - on which it would be possible to point out some features in common, including those arising from the biomedical model as a guiding know-how hegemonic health, biological reductionism, the scientification of human experience, knowledge anchored in universalizing abstractions about the health-disease process and the prevalence of heteronomy in the professional-user and user - health system relationships. The medicalization was observed in family health team practices, traversing all the different nuclei and professional programs in health, whether preventive or curative practices, surveillance, health education, administrative or clinical care. There were identified as important actors and factors in this process: professionals and service users, local management and health network organization, the mass media, the municipal political-economic context. The study of this phenomenon, its peculiarities and determinations network, can provide support for the reorientation of social and health policies and practices and knowledge of the professionals who experience it in everyday life.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa

NASF – Núcleo de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

P4 – Prevenção Quaternária

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	25
Capítulo 1 - O compromisso com um saber-prática e os caminhos trilhados até aqui	35
1.1. Os primeiros passos	36
1.2. Descobrimo a medicalização da sociedade no cotidiano profissional	40
Capítulo 2 – Medicalização – a complexidade do fenômeno e seus conceitos	53
2.1. De que medicalização falamos?	54
2.2. Da invisibilidade dos efeitos negativos das práticas de saúde às várias faces da iatrogenia	87
Capítulo 3 – Atenção Primária à Saúde no Brasil e medicalização: alguns limites e perspectivas	97
3.1. A Estratégia de Saúde da Família como lócus privilegiado de Medicalização	97
3.2. Estratégias contemporâneas que contribuem para o enfrentamento da medicalização na APS	106

Capítulo 4 - Desvendando a Medicalização em uma Equipe de Saúde da Família – O Campo	113
4.1. Sujeitos e Métodos	114
4.2. Aspectos Éticos	118
4.3. Método de Análise de Dados	121
4.4. Contextualizando o campo	122
- 4.4.1. A escolha do caso	122
- 4.4.2. A operacionalização	124
- 4.4.3. O município	126
- 4.4.4. A Equipe de Saúde da Família	131
- 4.4.5. Os trabalhadores da equipe e outros atores	133
- 4.4.6. Estrutura Física	136
- 4.4.7. Organização do processo de trabalho e Carteira de serviços	137
4.5. A medicalização na percepção e no fazer da equipe	150
4.6. Aprofundando no fenômeno da medicalização no cotidiano de cada núcleo profissional	179
- 4.6.1. Médica e internos de medicina	179
- 4.6.2. Enfermeira e técnicas de enfermagem	208
- 4.6.3. Agentes Comunitários de Saúde	217
Conclusão	231
Referências bibliográficas	237
<i>Anexo 1 – Prevenção Quaternária – modelos 2x2</i>	253
<i>Anexo 2 – Quadro de “Apreciação Situacional” do Plano de Ação para implementação de Práticas Integrativas elaborado pela enfermeira da equipe</i>	255
<i>Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	257
<i>Apêndice 2 – Roteiro do primeiro grupo de discussão com a eSF</i>	261
<i>Apêndice 3 - Roteiro do segundo grupo de discussão com a eSF</i>	263
<i>Apêndice 4 – Roteiro do grupo de discussão com os ACS</i>	265
<i>Apêndice 5 – O caso do paracetamol</i>	267

Abordar o tema da medicalização no Brasil, no contexto atual e particularmente na atenção básica, para a qual têm sido desenvolvidas várias estratégias do governo federal para provisão de profissionais médicos¹, pode soar estranho para muitos, principalmente para os usuários e profissionais que convivem com a situação de desassistência. Estranhamento que pode ser ampliado quando abordamos a medicalização como um fenômeno que não se restringe à *medicamentalização*² e inclui o que poderíamos chamar de “excesso de cuidados”, “controle do social” e ainda a dependência dos usuários em relação aos serviços de saúde.

De fato, a *falta* de assistência ou de cuidados em saúde é sentida de forma mais dramática, tanto no plano individual como no coletivo, que o *excesso*, ainda pouco percebido pela maioria das pessoas. O extremo inaceitável da desassistência são as mortes por causas evitáveis e as situações de morbidade tratáveis, entre elas as condições crônicas que podem limitar a qualidade da vida causando outros danos de ordem biopsicossocial (para as quais o cuidado em saúde intervém positivamente na história natural do agravo).

No entanto, é preciso jogar luz sobre esta *falta*, de forma que veremos que a *falta* e o *excesso* não apenas convivem no contexto atual brasileiro, como competem

¹ Referência aos programas do Ministério da Saúde intitulados “PROVAB” e “MAIS MÉDICOS”, os quais buscam interiorizar a força de trabalho médica na atenção básica a curto prazo e recebem críticas especialmente pelo seu caráter temporário (são programas) e pela insuficiência de direitos trabalhistas dos profissionais participantes. O segundo prevê também medidas de médio e longo prazo, como o

² Relacionado ao uso de medicamentos, termo geralmente utilizado para denotar uso excessivo e inadequado de medicamentos, será mais explorado no capítulo 2.

entre si, o que pode ser constatado pela análise da distribuição desigual do acesso à saúde, do consumo de bens e serviços. A má distribuição geográfica dos serviços de saúde, particularmente dos profissionais médicos, tem sido demonstrada por várias fontes³, com áreas de maior concentração de profissionais e serviços (algumas que poderiam ser caracterizadas como excesso – acima do necessário, concentrando principalmente serviços de atenção secundária da rede privada) e várias áreas com grandes vazios assistenciais.

No entanto, para além da questão da má distribuição geográfica, que muito tem sido discutida atualmente, convivemos com pelo menos outras três categorias de má distribuição do trabalho médico: por especialidade, entre a rede de saúde pública e privada e pelo foco da atenção ou pelas atividades desempenhadas pelo médico e equipe de saúde. Todas essas, inclusive a geográfica, podem ter impacto importante na medicalização ou no excesso de cuidados. Em relação à especialidade, o Brasil apresenta uma relação bastante desigual, com maior proporção de especialistas frente a generalistas do que o recomendado internacionalmente (a OPAS recomenda que os países tenham mais de 40% de médicos generalistas). Segundo estudo do CFM (*vide* referência na nota anterior), o Brasil tem 44,9% de médicos sem especialização e entre os especialistas apenas 30% tem especialidade em áreas generalistas⁴, como medicina de família e comunidade, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria. A deficiência de generalistas nos serviços - especializados para tal e alocados em serviços de atenção primária - sinaliza uma maior probabilidade de intervenção médica episódica, centrada na doença e em tecnologias duras, com perda da função filtro e da coordenação do cuidado⁵. Em relação à desigualdade entre as redes públicas e privada, cerca de 30% da população brasileira é coberta por planos de saúde, sendo que esta parcela tem, à sua disposição, 4 vezes mais médicos (postos de trabalho) do

³ *Vide* estudos de demografia médica no Brasil, como o realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf.

⁴ Com esses dados, podemos ter um indício da desigualdade entre especialidades, no entanto, são dados brutos, não sendo possível averiguar quantos médicos trabalham de fato como generalistas no contexto da atenção primária. Apenas 1,29% de todos os especialistas são médicos de família e comunidade.

⁵ Funções essenciais de uma APS de qualidade.

que a maior parte da população brasileira, que utiliza quase exclusivamente o Sistema Único de Saúde. É um cenário que favorece, por um lado, o acesso a especialistas e consumo de bens e serviços pela clientela privada e, por outro lado, vazios assistenciais e dificuldades de acesso no SUS. No entanto, essa relação não é linear, quer dizer, ela pode não apenas reforçar esta desigualdade de acesso no âmbito da atenção ambulatorial e secundária (notável gargalo do SUS e nicho de mercado da rede privada), como perpetuar mecanismos de assistência à população mais pobre no Brasil, e de medicalização, por meio da assistência centrada principalmente no atendimento em emergências e pronto-atendimentos, de forma ainda mais fragmentada e episódica.

No presente estudo, o que muito mais nos interessa é a má distribuição das atividades desempenhadas pelo médico, e mesmo do sistema de saúde e de suas equipes multiprofissionais, nas quais atividades curativas e preventivas disputam o “tempo” de trabalho do profissional e da equipe (e do investimento financeiro e organizacional do sistema); havendo, de forma crescente, um aumento desproporcional da valorização e da ênfase nestas em relação às outras. O mercado tem favorecido o alargamento do foco na prevenção, com um campo vasto de medicalização dos fatores de risco, comportamentos, “pré-enfermidades”, rastreamentos, *check-ups* e diversas outras atividades fúteis, outras nem tanto, mas que competem com as atividades curativas, razão de ser da medicina e das atividades clínico-assistenciais em todos os níveis de atenção no alívio do sofrimento humano relacionado ao adoecimento, contribuindo de forma direta para o cenário de desassistência e má distribuição dos recursos e atenção em saúde:

A growing frustration in clinical medicine is that we are now so busy managing the proliferation of risk factors, “incidentalomas,” and the worried well that we lack the time to care properly for those who are seriously ill (GLASZIOU *et al*, 2013, p. 1).

Vemos que este desequilíbrio assistencial tem sido favorecido tanto por mudanças na concepção de saúde e doença dentro da medicina, a qual tem domínio de saber-poder não apenas sobre a doença, mas também sobre toda a sua rede de determinantes (não havendo mais campo exterior à medicina), quanto pela cultura atual

de uma saúde totalizante, uma *somatocracia*⁶. Isto é, a “busca pela saúde” de forma idealizada, individualizada e a preocupação com o corpo e as sensações tem ocupado uma posição central na vida das pessoas, um construto dinâmico da organização socioeconômica e cultural das nossas sociedades, fortemente reproduzido pelos meios de comunicação, de educação e de geração de conhecimento (NOGUEIRA, R.P., 2001).

O fato de a saúde ser apontada como o principal problema do Brasil - por 66% dos entrevistados - em pesquisa do IBOPE⁷, por um lado reflete a avaliação de precariedade ou insuficiência dos serviços de saúde pela população, porém também pode ser tomado como analisador da dimensão a que foi levada a preocupação com o corpo e com o processo saúde-doença nos dias atuais. Roberto P. Nogueira (2001) aponta haver na modernidade uma verdadeira mania coletiva de saúde, geralmente reduzida à dimensão do corpo, que, aliada ao paradigma hegemônico da saúde – o biomédico – gera demandas crescentes por serviços e práticas de saúde, sacramentaliza o cuidado com o próprio corpo por terceiros - os “especialistas em saúde”, e reforça a busca de soluções biomédicas para questões de ordem biopsicossocial, movimento progressivo de “expropriação da saúde”, como aborda o livro homônimo de Ivan Illich (1975a).

Esse processo de progressiva aculturação a um modelo explicativo do processo de saúde-doença predominantemente heteronômico, aliado à expansão da rede de saúde pública e privada (ancoradas no mesmo paradigma biomédico), produz aumento de demanda e gera novas necessidades da mesma forma com que ocorre em outros setores da sociedade capitalista, fazendo perceber a oferta sempre como insuficiente, mesmo nos locais em que há maior concentração de serviços e profissionais de saúde. Este é o aspecto da contraproduzitividade deste modelo, que monopoliza a produção de cuidados e coloca as práticas de saúde no patamar da produção industrial (em grande

⁶ Uma espécie de “ditadura do corpo”, que, segundo Nogueira (2003a, p.187), “exalta e promove a industrialização automatizada da produção do corpo”.

⁷ Veja a notícia *Em 23 anos de democracia, brasileiros mudam de opinião sobre os principais problemas do País*, disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/paginas/em-23-anos-de-democracia-brasileiros-mudam-de-opinio-sobre-os-problemas-do-pais.aspx> Acesso em 21/07/13.

escala, em série, uniforme, e de forma heterônoma⁸), sem necessariamente aumentar os níveis de saúde da população, gerando ainda impactos negativos culturais, econômicos e de saúde, as chamadas *iatrogenias* clínica, social e estrutural (ILLICH, 1975a) que serão exploradas adiante.

Neste estudo, procuramos tratar de um contexto de certa forma ideal, em que profissionais bem formados e bem intencionados operam uma complexa relação entre a clínica hegemônica e a clínica ampliada, entre a medicalização, a produção de cuidado e de saúde e a desmedicalização. Não focamos a análise nas situações de distorções, reais e presentes em diversas situações no país, que envolvam o que poderíamos chamar de clínica degradada, quando fatores econômicos (como as formas de pagamento dos profissionais), político-organizacionais ou mesmo pessoais e éticos (que não são descolados dos fatores anteriores) favorecem uma prática clínica que se desvia dos seus preceitos éticos e científicos de cuidado com os enfermos e são fortemente produtoras de medicalização, de *sobrediagnóstico* e *sobretratamento*⁹. Exemplo que conjuga todos estes fatores são as situações frequentes em que profissionais médicos não cumprem a carga horária de trabalho, atendem “todos os pacientes” em apenas um turno, têm outro emprego no mesmo horário de trabalho, ou mesmo quando são proprietários de serviços privados com conflitos de interesse – visando gerar maior demanda para tais serviços. Esses problemas, geralmente encarados apenas como problemas éticos, frequentemente ocorrem com a anuência da gestão, que associados com a forma de pagamento dos honorários por salário (predominante no Brasil) e o “raciocínio de produtividade”¹⁰, favorecem que profissionais trabalhem com número definido de atendimentos por turno, não por tempo de trabalho e

⁸ Contrário à autônoma, que pressupõe apropriação do conhecimento, meios de produção e tomada de decisões pelos próprios sujeitos.

⁹ Neologismos derivados dos termos em inglês *overdiagnosis* e *overtreatment*, muito discutidos na literatura médica internacional, remetendo tanto aos resultados quanto às causas de medicalização.

¹⁰ Conforme Gusso (2013): “No caso do salário fixo como única forma, quanto menos consultas, maior o valor pago por consulta se o raciocínio for produtividade. Ou seja, não raro o raciocínio do profissional vem de outra forma de remuneração. No exemplo exposto, em que o raciocínio é por produção mas a remuneração real é por salário fixo ocorre não apenas com profissionais que trabalham uma parte no sistema público (salário fixo) e outra no privado (produção) mas também pode ser algo enraizado no sistema como um todo uma vez que no Brasil mais de 50% do financiamento da saúde vem do setor privado que é “sócio majoritário do sistema” [setor em que a modalidade predominante de pagamento é por produtividade]”.

qualidade das práticas, aumentando tanto o ganho financeiro e de tempo livre, estimulando consultas pouco resolutivas e do tipo queixa-conduta. Alguns municípios trabalham com remuneração por desempenho ou por produtividade isoladamente, o que também pode distorcer a escolha por procedimentos ou serviços a serem prioritariamente ofertados (a fim de alcançar as metas) e o número de consultas realizadas, favorecendo, por exemplo, o excesso de atividades de rastreamento no primeiro e maior número de consultas rápidas e fragmentadas (com prejuízo da continuidade e da coordenação do cuidado) no segundo¹¹.

No Brasil, o fomento do trabalho centrado em procedimentos e em um cuidado reducionista também é fortemente induzido por políticas públicas e programas de saúde. A gestão federal trabalha com políticas indutoras que passam pelo repasse de recursos, não diretamente aos profissionais, mas aos gestores. A gestão trabalha com uma lógica prioritariamente centrada em indicadores, que exercem impacto direto no trabalho e, portanto, na carteira de serviços oferecidos pelos profissionais e equipes de saúde. Um exemplo importante é a forma como se planeja em saúde (baseado em metas quantitativas populacionais, em que não se é possível avaliar o real alcance de tais alvos, se a meta é alcançada por excesso de realização por alguns indivíduos – à custa da desassistência de outros - ou se é equitativa), como no caso das metas estabelecidas na PPI¹², em que se contratualiza, por exemplo, o alcance de um número mínimo de coletas de citopatológicos de colo de útero para a população-alvo. Isso acaba por gerar excessos de realização de exames em algumas mulheres na faixa-etária alvo, como também fora da faixa etária preconizada, para alcançar as metas. Já sabemos que o diagnóstico de lesões de colo de útero incipientes tem gerado intervenções, danos e ansiedade desnecessária em várias mulheres, visto que muitas lesões podem regredir sem a necessidade de intervenção, o que não justifica a

¹¹ Neste campo das formas de remuneração, não há soluções fáceis, porém a literatura indica que melhores resultados de saúde e desempenho do sistema possam ser alcançados com a combinação de modalidades fixas e variáveis de pagamento (GUSSO, 2013).

¹² Programação Pactuada Integrada: “processo instituído no âmbito do SUS, onde, em consonância com o planejamento em saúde, são definidas e quantificadas as ações para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde”. Mais informações em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24472&janela=1

desassistência, mas apenas reforça a readequação dos programas de rastreamento, que podem causar danos a pessoas saudáveis. O PMAQ¹³ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) procura singularizar um pouco mais as metas, pactuando diretamente com a equipe e não estabelecendo de antemão um valor alvo para os indicadores, porém mantém a perspectiva de indicadores de interesse para o gestor federal, em uma lógica de ação populacional e de ações programáticas universais, que pouco traduzem a real situação do cuidado integral e ampliado na atenção básica. Por fim, as diretrizes político-organizacionais locais, municipais, estaduais ou federais, que orientam o processo de trabalho em equipe multiprofissional (e não interprofissional) e os baixos níveis de autonomia e decisão dos profissionais na organização dos serviços – altamente burocratizados e hierarquizados conforme a Racionalidade Gerencial Hegemônica – frequentemente favorecem a desresponsabilização e a prestação de cuidados fragmentados, apresentando resultados que variam da ineficácia à contraprodutividade, até à iatrogenia institucional¹⁴ (CAMPOS, 2000).

Frente a todas essas questões, é importante reafirmar que o objeto deste trabalho é examinar as situações em que, trabalhando na linha proposta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com um referencial clínico voltado para o indivíduo, família e comunidade, ainda assim se opera a lógica dialética entre o trabalho cuidador e o medicalizador. Assumimos o pressuposto de que não é possível descolar estas duas dimensões do trabalho, sendo essas apenas face e contraface de um mesmo processo. Obviamente diversas questões relacionadas aos interesses do complexo médico-industrial e à própria produção de pesquisas clínicas interferem nesta relação, pesando muitas vezes o lado da medicalização. A própria biomedicina - como estudaram diversos autores tomados como referência neste estudo (entre eles Camargo Jr. e Tesser), seu modelo explicativo (“teoria das doenças” e “teoria dos germes”), a sua assunção pela materialidade da doença e a função principal do médico em diagnosticar,

¹³ Para maiores informações, acesse <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>

¹⁴ Ver conceito no capítulo 2.

relegando a terapêutica e a pessoa a segundo plano, são as fontes primordiais da medicalização, seja na concepção da clínica ou da saúde pública.

Este estudo visa, portanto, dar visibilidade à medicalização no cotidiano, evidenciar, nas práticas dos profissionais da ESF, essa dialética do cuidado e da medicalização, tentando escapar do discurso da antimedicina, do bem contra o mal, da demonização da biomedicina, lembrando que se esta não gerasse positividade não teria logrado tamanho êxito (FOUCAULT, 2010). Ao longo deste trabalho, pode-se, em alguns momentos, perceber uma polarização, mas mais do que tomar a biomedicina como inadequada ou insuficiente e um ou outro paradigma mais holístico ou biopsicossocial como mais apropriado, assume-se as contribuições trazidas do modelo biomédico para a pesquisa e a clínica cotidiana, embora se enfatize os seus limites e riscos, a fim de reconhecê-los e melhor lidar com estes. Parte-se do pressuposto que mesmo reconhecendo os limites biomédicos, é preciso incluir tal saber na prática cotidiana da APS, mas não totalizá-lo. No entanto, é sabida a dificuldade em realizar este equilíbrio entre racionalidades (científicas e médicas), isto é, por mais bem intencionados ou mais claros os esforços em superar o modelo centrado na doença, os profissionais formados e que têm seu exercício profissional embasado por tal modelo, não conseguem o tempo todo escapar - na maioria das vezes não o conseguem - dos ditames da medicalização.

Este estudo é composto por 4 capítulos. *No primeiro*, há um relato sobre a implicação da pesquisadora com o tema, de que forma ele a afeta como profissional e de onde nasceu esta questão de pesquisa. De fato, como se perceberá no texto, é um exercício difícil manter a neutralidade ao discutir questões tão emblemáticas e centrais para a prática médica, principalmente a partir de situações vivenciadas no cotidiano da prática clínica e na pesquisa do tipo observação-participante. Na realidade, a neutralidade só existe no plano teórico, sendo extremamente danoso não assumir as limitações que levam a nós pesquisadores nos distanciarmos dela. *No segundo capítulo*, conceituamos a medicalização, apresentando sua polissemia e navegando pela sua complexidade, trazendo também uma breve discussão sobre os seus efeitos,

as iatrogenias. *No terceiro*, discutimos como a organização da APS e da ESF pode favorecer ou dificultar o processo de medicalização no cotidiano da prática profissional e são abordadas algumas estratégias que propõem um enfrentamento deste. *No quarto capítulo*, apresentamos a metodologia do estudo, delimitamos o trabalho de campo, bem como discutimos os resultados à luz da teoria e conceitos trazidos nos capítulos anteriores.

Capítulo 1

O compromisso com um saber-prática e os caminhos trilhados até aqui

A justificativa de um estudo científico se faz em diversos planos e sob diferentes motivações - subjetivas e libidinais, pragmáticas e conscientes, entre outras – e deve ser feita pelo pesquisador que o propõe primeiramente para si mesmo e, posteriormente, para os seus pares, explicitando “os motivos vivenciais e teóricos que impulsionaram a escolha do objeto” (MINAYO, 1996, p.99). Concebemos este primeiro capítulo tanto como justificativa quanto como substrato teórico para análise. Ele se faz ainda mais importante por se tratar de uma dissertação apresentada a um curso de Mestrado Profissionalizante, que busca potencializar e enriquecer a produção científica e a prática cotidiana com as trocas necessárias entre estas duas faces do saber-fazer. A experiência de trabalho, a forma de conhecer as coisas “por dentro”, costuma ser uma forma de conhecimento não legitimada pela ciência positivista se não estiver atrelada a um modelo analítico que procura “rodear a coisa sem entrar nela”, que prima pela objetivação e pelo distanciamento do objeto de estudo (BERGSON, 1974). Poderíamos dizer que este trabalho nasce de uma perspectiva intuitiva e metafísica em direção a uma perspectiva mais analítica, operando uma relação dialética¹⁵, que no

¹⁵ Neste estudo, adota-se o termo Dialética não nos seus conceitos tradicionais da filosofia clássica ou da dialética marxista ou hegeliana, emprega-se o termo talvez em um sentido mais próximo da teoria da complexidade, tentando superar o paradigma da unicausalidade, da linearidade, considerando que elementos contraditórios produzem uma outra realidade (uma síntese incompleta) a partir de sua interação, uma “dialética multifatorial”, como utilizado de forma extensiva na obra de Campos (2009a; 2010, p.132-133): “O Método Paidéia [...] Reconhece que as mudanças sociais resultam da interação de uma multiplicidade de fatores, externos e internos aos sujeitos. Uma espécie de dialética multifatorial, em

decorrer do nascimento do objeto de pesquisa à sua exploração, faz um movimento partindo da “coisa ao conceito”, depois retorna “do conceito à coisa” no encontro com os achados do trabalho de campo, em busca de uma síntese sempre inacabada. Esta busca se aproxima da tentativa de criar uma imagem única ao olhar um caleidoscópio que não para de girar, isto é, a imagem estática de um sistema complexo não pode existir senão de forma ilusória e arbitrária, ela só é dada pelo exercício de delimitação do conhecimento necessário para a ciência, reconhecendo que nunca se chega à totalidade. Dito isto, é preciso também manifestar que aqui se pretende desenvolver não uma ciência aplicada, mas profundamente implicada com o seu tema, seu objeto e com os desdobramentos deste fenômeno no mundo real.

Início, portanto, do meu encontro com a medicina, de como fui me profissionalizando, me tornando médica e me implicando com diversas questões. A minha identidade de médica nasce, portanto, de uma medicina social, que à medida que a vivência como profissional foi se construindo, transitou para a identidade de uma clínica integral, ampliada, sempre também inalcançável, em virtude das diversas limitações pessoais e da medicina enquanto ciência e prática, como aprofundaremos no decorrer do texto.

1.1. Os primeiros passos

Este trabalho tem início, portanto, em um conflito e uma frustração: o conflito de uma médica em formação adequar-se, de forma pouco crítica, segundo o modo de operar da biomedicina; a frustração da expectativa romântica de que “fazer medicina” seria “estudar o ser humano”. A frustração veio primeiro e ela foi exitosa pelo fato de a pesquisadora não ter nenhum referencial próximo e familiar do que seria ser um médico, o que permitiu gerar a expectativa de que estudaria disciplinas como

que não haveria apenas tese e antítese seguidas de uma inevitável e previsível síntese; mas, o cruzamento da influência de múltiplos fatores que, ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores envolvidos nessa mistura dialética que é a vida.”

sociologia, antropologia, pedagogia, entre outras, estudar as várias facetas do que é o “ser humano” – enquanto ser histórico, social, espiritual, etc. - para então fazer a síntese na clínica, no encontro entre médica e pessoa em situação de sofrimento. Digo que a minha identidade profissional nasce da medicina social e se desloca para a clínica, pelo fato de inicialmente eu me pautar em uma perspectiva de saúde enquanto concepção positiva e principal valor e alvo a se buscar; para mim, atender às pessoas saudáveis para ajudá-las a manter sua saúde e evitar o adoecimento era uma das tarefas mais nobres, sendo que hoje eu a vejo como uma visão distorcida da medicina e um tanto quanto arrogante e presunçosa, tal como é a medicina preventiva (SACKETT, 2002a).

O conflito, persistentemente presente, surgiu na insistência de um referencial humanista do que seria a medicina, porém sem saber que caminho seguir. O primeiro conflito se deu logo no primeiro semestre de graduação quando os calouros foram recebidos para uma primeira visita no hospital universitário: fomos convidados a conversar, pela primeira vez, com alguns pacientes internados e, em seguida, o professor responsável pela atividade, um renomado cirurgião, discutiu conosco as nossas impressões experiências. Neste primeiro contato, ele “investiu” contra minha visão colorida do que seria praticar a medicina: questionei o fato de o hospital ser feio, “frio”, paredes cinzas, brancas, verde-claro. Ele, mais do que incisivo, interrompeu, justificando que hospital não poderia ser de outro jeito pelo fato de ter que ser um ambiente asséptico (em todos os sentidos) devido ao risco de infecção hospitalar e à sua arquitetura ser funcional (que refletia o que era ali praticado), uma explicação que eu diria ser no mínimo higienista, protocolar, positivista. Logo entendi como a forma e o conteúdo, no caso a arquitetura do hospital e as práticas ali desenvolvidas, eram de mesma natureza.

A despeito de meu contato profissional com a medicina ter se dado inicialmente no ambiente hospitalar, o meu cenário de interesse não é o hospital, embora com ele, o novo hospital como espaço de cura e produção de conhecimento, tenha nascido a medicina moderna e a nova clínica – a “anatomoclínica”, conforme explorou Foucault (2013) em “O Nascimento da Clínica” - e as raízes e todo o arcabouço de sustentação

da medicalização, conforme concordam diversos autores e trataremos no capítulo 2. De fato, não é possível ignorar o hospital, espaço privilegiado de formação de todas as profissões de saúde e das pesquisas biomédicas, difusor de um ideário importante referente às práticas de “saúde” e sua eficácia, do saber-poder médico, da hierarquia de saberes e poderes entre profissionais e entre profissionais e usuários. E se há positividade e grandes contribuições do nível hospitalar de atenção na recuperação da saúde e na formação de profissionais capazes de atuar na cura e reabilitação de forma eficaz (conforme defendeu Flexner em seu famoso relatório de 1910), a clínica encerrada nas paredes do hospital e nos leitos de paciente gravemente enfermos - além de insuficiente para abordar a grande maioria das necessidades de saúde, a complexidade do processo de saúde-doença e efetivamente impactar nos indicadores de saúde e qualidade de vida - é eminentemente iatrogênica e devastadora nos demais contextos de prática, se tomada como única “lente”, favorecendo um amplo e complexo processo de iatrogenias clínica, social e estrutural (ILLICH, 1975a). Cunha (2007, p.25) explora “os limites do olhar hospitalar para a atenção básica” e demarca

[...] alguns campos em que estas diferenças são mais evidentes: as relações de poder do hospital; os diferentes saberes do hospital da Atenção Básica; imaginário social do hospital x imaginário social da Atenção Básica; o hospital e o tempo das relações terapêuticas; hospital e percepção de danos.

Merhy (2007, p.12) sinaliza que todas as profissões da saúde são pautadas pelo modelo biomédico, isto é, seja pela “clínica do corpo *com* órgãos” (reduzida à dimensão biológica do adoecimento) ou pela “clínica do corpo *sem* órgãos” (sob uma concepção positiva de saúde, que patologiza os modos de viver individual e coletivamente) e problematiza:

De que modo conviver com desenhos de profissões de saúde que foram forjadas como verdadeiros soldados, operadores e construtores, de biopolíticas disciplinarizadoras, manejando biopoderes poderosos como a clínica do corpo com órgãos e as práticas da saúde pública, e ainda assim imaginar a construção dos novos exércitos de trabalhadores? Como esses, que estão no fio da navalha de um processo de controle sobre a produção da vida, podem operar no limite de uma subjetivação capitalística ou seu contrário?

Estamos exatamente no meio destas disputas, correndo o risco, a partir da formação universitária em saúde hegemônica, de empreender saberes e práticas que

façam do mundo um grande hospital, aos moldes do “O Alienista”, famosa obra de Machado de Assis. Os profissionais de saúde, hoje, operam com uma visão mais “borrada” dos limites entre saúde e doença, mas não necessariamente uma visão mais ampliada ou holística:

A distinção tradicional entre enfermidade e doença, embora profundamente arraigada na cultura ocidental, está desaparecendo. Em nossa sociedade, não há espaço para uma pessoa enferma que não tenha uma doença, enquanto aquele que tem uma doença e não está enfermo é visto com alguém tentando evitar a medicina. [...] as necessidades humanas estão sendo transformadas em “perfis de usuário” (JAMOULLE & GUSSO, 2012, p. 206).

Acredita-se que as mudanças curriculares na graduação em medicina, com maior ênfase na atenção primária como espaço de formação, possam contribuir para a superação destes “limites do olhar hospitalar para a atenção básica” (DEMARZO *et al*, 2012; CUNHA, 2007). No entanto, não sabemos se este “projeto ambicioso de transformar as práticas de saúde, em especial a atenção médica, mediante a formação de um profissional capacitado para realizar estas mudanças” irá se concretizar, tal como não se concretizou nos idos da década de 70 quando a saúde coletiva estruturava seu campo e formação de recursos humanos (NUNES, 2009, p.24). Interrogar sobre as possibilidades de êxito da mudança das práticas de cuidado em saúde, a partir da descentralização do ensino do hospital para a rede de saúde, não é discordar de tais diretrizes; pelo contrário, é ir além, no sentido de que não basta ter “profissionais capacitados”, mas é preciso reformular toda a lógica de estruturação dos serviços, do próprio paradigma de saúde-doença e produção científica (saber e prática), além de romper com a mercantilização da medicina e enfrentar os novos dilemas éticos que surgem com o desenvolvimento biotecnológico e a era genômica. Vislumbramos que as diretrizes atuais tenham vários pontos a favor para lograr êxito (em comparação com o movimento da década de 70), entre eles, a aproximação dos saberes da clínica e da saúde coletiva e uma concepção mais integral e organicista¹⁶ da vida e do processo

¹⁶ McWhinney (1996), um dos mais importantes teóricos da medicina de família (considerado o “pai” desta disciplina), aponta as características que fazem deste campo de saberes e práticas diferentes da biomedicina hegemônica, sinalizando inclusive que a evolução desta para um paradigma mais integral, passa pela incorporação de tais características: 1 – Se define em termos de relacionamento profissional-pessoa – conhece a pessoa antes das enfermidades que ele virá a ter, visa superar a metáfora mecanicista e o dualismo mente-corpo que impera na biomedicina; 2 – Prioriza o raciocínio acerca da

saúde-doença, superando, pelo menos no plano teórico, a clínica preventivista (MCWHINNEY, 1996; AROUCA, 2003). Entretanto, sabemos que esta é uma corrente contra-hegemônica, o que faz da tentativa de mudança uma tarefa árdua e permanente.

1.2. Descobrindo a medicalização da sociedade no cotidiano profissional

Com formação hospitalocêntrica aos moldes tradicionais – a despeito de uma busca não muito sistematizada de alguns outros caminhos, como os da medicina tropical, da medicina preventiva e social e da medicina de família e comunidade - fui para a vida real, trabalhar na atenção básica, na Estratégia de Saúde Família desde o primeiro emprego no interior do estado de Goiás. E aí começaram a aparecer as primeiras indagações quanto ao objeto de estudo, a medicalização da vida e da sociedade.

Até então estava encerrada nas paredes do hospital, com uma restrição importante de acesso, não conhecia as necessidades de saúde da população, nem sabia abordar as principais demandas trazidas pelas pessoas no seu sofrimento cotidiano. Sabia tratar de algumas doenças mais graves e prevalentes, e estava muito mais treinada para investigar doenças isoladas com uma história natural claramente definida e descrita nos tratados de medicina, mas não para a vastidão do adoecer com todas as suas matizes e expressões culturais e singulares. E essa amplitude de demandas, de toda ordem, não restritas ao adoecimento biológico, causou-me espanto: questões administrativas, financeiras, sofrimentos de toda ordem, muitas demandas que nunca ficaram muito claras (agenda oculta, falha na comunicação, entre outros). De fato, apenas no âmbito da atenção básica se pode ter uma dimensão real da ecologia humana, porta de entrada preferencial do sistema e “braço” mais capilarizado do Estado dentre todo o aparato governamental em interface com a sociedade civil, ainda

singularidade dos pacientes e do adoecimento, do que a prisão das abstrações universalizantes; 3 – Ancora-se em uma visão organicista da vida e no pensamento complexo; 4 – Transcende a visão dualística mente-corpo e propõe um método clínico centrado na pessoa, que restitui o protagonismo da pessoa no seu adoecimento e supera a concepção ontológica da doença.

mais do que as escolas, a assistência social e até mesmo que a “arrecadação de impostos”. E todo esse “privilégio” de ser o ponto mais acessível do sistema (em tese, pois, em muitos municípios, a acessibilidade é maior pelas portas da urgência) coloca a atenção básica¹⁷ em vantagem tanto para observar o fenômeno da medicalização, como para perpetuá-lo ou ainda fazer enfrentamento a este, como discutiremos no decorrer deste estudo.

Por esta e outras razões, a prevenção quaternária¹⁸, a “sobreinformação”, o “sobrerrastreamento”, o “sobrediagnóstico”, o “sobretreamento” e outras questões que cercam a medicalização estão e continuarão na pauta do dia dos médicos e profissionais que trabalham na atenção básica e almejam prestar cuidados integrais, resolutivos e ampliados, com o compartilhamento do saber e responsabilização com os usuários. Essas questões atravessam e surgem desde o momento inicial de contato com a APS, ao assumir uma “área nova” (muito frequente para boa parte dos médicos que apresentam uma grande rotatividade nos serviços), a partir do questionamento do “excesso de demanda”, da “demanda espontânea interminável”, que decorrem das dificuldades dos profissionais em dimensionar a sua agenda, em conseguir uma equação eficaz da organização do trabalho a dar acesso “aos que de fato precisam”, atender aos doentes e impactar nos indicadores. Há, de fato, uma disputa de agendas, isto é, entre as atividades de prevenção e vigilância e as atividades de cura e reabilitação, fato de tensão intraequipe, desta com a gestão local e também com os usuários. Fazer uma demanda centrada no usuário já demonstra para que ponto a atenção primária deve caminhar, menos para o polo da vigilância, mais para o polo do

¹⁷ Ou primária. Neste estudo, utilizamos os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como sinônimos de forma indiscriminada. No Brasil, optou-se por utilizar atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde e da Saúde Coletiva, para fazer frente às propostas de APS Seletiva estimuladas pelo Banco Mundial e agências internacionais que fomentam programas de saúde pública em países em desenvolvimento, uma atenção simplificada. No entanto, temos visto que a Atenção Básica no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, tem se aproximado muito mais da APS seletiva, baseada em ações programáticas, uma “atenção pobre para os pobres” do que da proposta de atenção integral nomeada “Primary Care” que tem sido viabilizada em países que servem de modelo para o nosso país (como Canadá, Cuba, Inglaterra, Espanha) e da qual ainda muito distanciamos.

¹⁸ A prevenção quaternária, proposta por Marc Jamouille (médico de família belga) e incluída no Dicionário da WONCA (World Organization of Family Doctors) em 1999, será abordada nos capítulos seguintes e é definida como a “ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis” (JAMOUILLE, 2012, p.398).

cuidado, tensão entre polos e contradições que nascem junto com a ESF e sua herança da medicina comunitária e centros de saúde pública americanos, como veremos adiante (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010).

Os conflitos não param por aí e aparecem na demanda dos usuários pelo consumo de insumos e tecnologias como medicamentos, exames e procedimentos, e na disputa - de poder-saber e centralidade no cuidado das pessoas (reforçada pelo fetiche tecnológico) – entre o papel do especialista e o papel e a legitimidade do generalista, o médico de família e comunidade. Nesta disputa de saber-poder com o generalista, aparece a questão inerente às funções e contextos de prática do generalista e do especialista, como traz Starfield (2002), que demonstra que para o generalista o erro por omissão é mais frequente e admissível e no caso do especialista, o erro, pelo excesso. Isso parece justificar, em parte, o fato de a prevenção quaternária e discussões afins à medicalização excessiva serem encabeçadas muito mais pelos médicos de família, visto que o erro pelo excesso é menos tolerável, principalmente quando se trata da abordagem de uma população geral, agregando a isso a função filtro, que é uma função nuclear do médico de família em comparação com os demais médicos dos outros níveis de atenção. Soma-se à importância desta pauta, para o médico de família, o fato de seu objeto de trabalho serem os sujeitos, pessoas, famílias e comunidade, ao contrário dos demais médicos, cujo objeto são sistemas, grupos populacionais ou doenças, o que coloca ainda em maior evidência a prática da medicina centrada na pessoa, e não centrada no procedimento ou no conhecimento científico, que, invariavelmente conduz a cascatas diagnósticas e terapêuticas.

Pois aí que eu me via no início de minha prática, no meio de tantas disputas e sem clareza para que caminho seguir. Quanta angústia em enfrentar pequenas e frequentes situações como a de atender pacientes que iam se consultar apenas para ter acesso a uma receita médica de analgésico e pegá-los gratuitamente na farmácia básica da unidade de saúde, visto que não tinham condições de adquiri-los por meios próprios¹⁹:

¹⁹ Aqui não estamos questionando a gratuidade dos serviços e insumos de saúde - para mim, a mercantilização da saúde e da doença só gera danos – mas sim a dependência da figura do médico – do

Com a aparição de agentes químicos eficazes, a função do médico nos países em vias de desenvolvimento se torna cada vez mais banal, insignificante. Na maior parte do tempo se reduz às prescrições, sem exames preliminares. Ele chega assim a sentir-se inútil mesmo em sua função cotidiana [...] (ILLICH, 1975a, p.54)

E as situações, com as quais demorei a aprender a lidar sem “me irritar”, em que os usuários demandam certos procedimentos (e sempre o fazem, pois quando vem nos consultar tem representações sobre suas enfermidades e sobre o que concebem como o melhor jeito de lidar com aqueles problemas), como uma situação em que cheguei a discutir com um paciente (embora prática corrente entre muitos médicos, para mim uma situação excepcional) que queria, de forma insistente, que eu prescrevesse sulfato ferroso por causa de uma anemia que julgava ter (por se sentir “fraco”) e eu insistia que, caso ele tivesse mesmo esta anemia, ele precisaria antes de uma avaliação clínica e laboratorial mais cuidadosa. Como ele se mostrava irredutível, também me mantive irredutível, e extrapolei dizendo que ele podia ter um câncer e então eu não poderia prescrever a “vitamina” antes de avaliá-lo adequadamente. Logo depois do (traumático) episódio, percebi como aquele “medicamento” era importante para ele e para nós formarmos um vínculo terapêutico, mesmo para poder investigar a anemia, caso houvesse:

[...] são interesses e desejos que não podem ser puramente combatidos ou ignorados no cotidiano da atenção à saúde, sob pena de violência, quebra de vínculo, etc., nem reforçados ou atendidos globalmente, pois isso só medicalizaria ainda mais a situação, gerando contraproduzividade e mais dependência (TESSER, 1999, p.142).

Desmedicalizar, portanto, não é negar o consumo de insumos e tecnologias fúteis a todo custo, a custo do que é mais valioso para o médico de família, que é o relacionamento com a pessoa de que se cuida. Como estas houve muitas, mas aprendi a negociar e a ceder a contragosto muitas vezes, mais recentemente, aprendi a compartilhar as decisões com o usuário. Compartilhamento este nem sempre possível,

“ato médico” – para resolver problemas banais do cotidiano que outras classes sociais têm maior autonomia para fazê-lo, embora esta seja mediada pela questão financeira, isto é, “têm autonomia porque têm recursos”.

pois não é incomum encontrarmos de forma associada o desejo pelo consumo (algo de um comportamento ativo e autônomo) e pelo paternalismo (passividade e delegação das decisões ao profissional de saúde), em que o usuário demanda algo, mas acaba recuando sem tentar compreender as implicações e analisar o que é melhor para si, a partir das informações fornecidas pelo profissional, chegando no “não sei, doutor, você quem é o médico, você é quem sabe [e decide, não é?]”.

Outro estranhamento ocorreu quando comecei a trabalhar em uma área de grande vulnerabilidade social em Brasília, com todas as mazelas das grandes cidades - habitações precárias, violência, falta de infraestrutura urbana, marginalização dos cidadãos, desemprego, etc. - e me chegavam vários encaminhamentos das escolas, de professores e psicopedagogos, solicitando avaliação de neurologistas, psicólogos e outros terapeutas para crianças que estavam com baixo rendimento escolar (curiosamente esta chuva de demandas ocorreu no final do ano letivo), crianças inseridas em todo este contexto social e muitas vezes com dificuldades familiares, sendo que em muitos casos tinham comportamento normal no dia-a-dia e mesmo rendimento escolar bom em algumas disciplinas. Não observei este fenômeno em outros contextos de prática: em cidades do interior de Goiás e Minas Gerais e com menor vulnerabilidade social em que trabalhei, havendo que considerar o viés da minha curta experiência profissional (uma “jovem médica de família”, conforme a definição das associações internacionais de medicina de família para os médicos com menos de 5 anos de conclusão da residência médica), a despeito da minha alta rotatividade por serviços (apenas na residência médica, pela grade oficial, passei por cinco equipes diferentes em três municípios), que, embora traga prejuízos à continuidade, comporta o benefício da experiência com várias e distintas realidades.

Talvez um dos elementos centrais dos meus questionamentos seja a forma como as iniquidades sociais impactam na saúde das pessoas, não só na determinação de doenças, no aparecimento de enfermidades, mas na forma como os grupos vulneráveis, mais socioeconomicamente desfavorecidos, interagem com o sistema de saúde, os serviços e os profissionais, o tipo de dependência e de demanda que apresentam ou vínculo que criam. Como opera essa relação com o poder simbólico e

real de apoio social que se dá nos serviços de saúde diariamente, como lócus privilegiado de manifestação dos sofrimentos de toda ordem. E isso não vem só de uma demanda ou necessidade criada pelas pessoas, veremos como a própria medicina moderna nasceu “social” e foi agente de criação de normas e demandas, bem como de compensação de vulnerabilidades pela intervenção no meio, nas condições de habitação, trabalho, saneamento público, etc. Muitos autores inclusive demonstram que a grande melhoria dos níveis de saúde com o aumento de expectativa de vida nos países “centrais” à época da industrialização, a melhoria de indicadores de morbidade e mortalidade, não foram decorrentes da atenção clínico-assistencial²⁰, mas de estratégias de ação sobre os determinantes sociais da saúde (alimentação, moradia, saneamento, escolarização, etc.) e estratégias de prevenção primária populacional (como a vacinação).

Temos que nos atentar ao fato de que o SUS – Sistema Único de Saúde – é “primo-irmão dos sistemas socializados de saúde e sobrinho do estado de bem-estar social” (CAMPOS, 2009, p. 50) e a Atenção Básica (cujo modelo prioritário é a Estratégia de Saúde da Família) é um importante ponto de apoio para grupos sociais vulneráveis, visto que desde a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF – em 1994, os serviços têm sido implantados em áreas de maior restrição de acesso, áreas periféricas e rurais, com piores indicadores sociais. Soma-se a essa função de uma prática clínica e social fortemente implicada (queiram os profissionais ou não), uma concepção “extremamente positiva” de saúde como o é a da Organização Mundial de Saúde – OMS e pronto. Estamos no meio de toda a complexidade da determinação social de saúde e atravessados pelo “borramento dos limites” da saúde-doença, então profissionais fortemente investidos com o poder e demandados para medicalizar.

²⁰ Thomas McKeown é o autor (médico e pesquisador irlandês) mais consagrado na demonstração destes pressupostos, tendo partido da pergunta sobre as causas da queda da mortalidade e aumento populacional na Inglaterra a partir do século XVIII. Ele e colaboradores demonstraram, a despeito do grande otimismo com o progresso médico-científico nas décadas de 60 e 70 (quando ele desenvolveu seus primeiros trabalhos), que os fatores que de fato impactaram não foram as contribuições da nova clínica nascida àquela época (como veremos no capítulo 2), mas a melhoria nas condições nutricionais da população (inclusive por desenvolvimentos na agricultura), na higiene (saneamento, segurança alimentar) e mudanças comportamentais. Nos seus estudos, demonstra como a queda na mortalidade por diversas doenças infecciosas (como tuberculose pulmonar, pneumonia) antecederam o desenvolvimento dos antibióticos, por exemplo (BYNUM, 2008; MARTIN, 1981).

A definição de saúde da OMS há muito me inquieta. À época em que iniciei o trabalho na ESF, tive a oportunidade de atuar como preceptora voluntária dos internos de medicina social (“internato rural”) da minha universidade de origem. Propus então o seguinte exercício: coloquei no mural um “para refletir” e todos os internos deviam fazer comentários acerca do assunto, os quais são reproduzidos a seguir, resguardando a identidade destes futuros-agora-médicos, com os quais aprendi muito:

Para refletir... “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS). Esta definição foi ousada e muito contribuiu para a humanização da medicina ao fortalecer o conceito de multifatorialidade do processo saúde-doença, compreendendo os fatores bio-psico-sociais. Porém, identificando a saúde com um completo bem-estar e confundindo assim o mal-estar físico, emocional e social com as doenças, a definição da OMS ampliou grandemente a esfera das atribuições na área da saúde, com risco de transformar qualquer sinal de conflito e qualquer distorção nas relações entre os homens em ocasião ou pretexto para tratamento médico. O tratamento médico pode ser útil, mas nessas situações é ineficaz e pode até ser prejudicial.

Primeiro comentário (interno A):

Essa definição de saúde adotada pela OMS é, no mínimo, bem interessante. A priori pensaríamos: “Sendo a saúde um estado de completo bem-estar físico, mental e social, praticamente todos nós seríamos doentes, ou então, não gozamos de completa saúde”. Em se tratando de saúde pública, caso toda a população estivesse ciente dessa definição, em menos de 24 horas, todos os serviços públicos que atendem à saúde estariam superlotados (mais do que já estão!). Iriam aparecer todo o tipo de queixas, desde “minha pele está um pouco mais enrugada do que eu gostaria” até queixas clássicas com uma dor anginosa. Portanto, creio que essa definição da OMS se aplica principalmente (ou UNICAMENTE!) aos profissionais de saúde, na medida em que amplia o conceito de saúde, não o restringindo apenas à ausência de doenças, humanizando o pensamento médico.

Segundo (interno B):

Pela definição de saúde da OMS, não há como alguém ser saudável. Nunca alguém está em um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Saúde então se tornou uma utopia. Propiciando embaraços na promoção, prevenção e assistência à saúde. Pois ninguém tem saúde, ao mesmo tempo nem todo mundo precisa de ajuda na procura da tão esplêndida saúde.

Palavras do interno C:

A saúde por muito tempo foi considerada um estado de ausência de doença, porém muitos conceitos se renovam ao longo da evolução, e um deles é o de saúde. Cada vez mais, há uma preocupação com o bem-estar do corpo em conjunto com a mente. A própria filosofia oriental já diz “Mente sã, corpo sã”. Além do mais, a inserção do indivíduo em seu meio social também contribui para seu estado saudável.

Interno D:

A definição da OMS sobre o conceito de saúde é atual e abrangente, porém utópica. Ela é atual, pois consegue enxergar a saúde muito além do que a ausência de enfermidades; ela nos guia para que o tratamento e a prevenção busquem não somente a ausência de patologias, mas também o bom funcionamento de todas as estruturas do corpo humano e até a estética, que hoje não é tratada de forma menos importante, pois ela reflete o bem-estar psicológico, dentro do conceito da OMS. Ela é abrangente, pois trata a saúde de forma integral, ampliando nossa visão naturalmente restritiva, cujo pensamento mecânico é exatamente aquele que a OMS diz não ser restrito. Ela é utópica, pois em raros locais há poucas pessoas que conseguem a saúde plena tal como ela é definida. Também é utópica porque os próprios profissionais de saúde ainda estão muito longe de entender e aplicar essa definição. Enfim, a definição de saúde pela OMS é um instrumento orientador de toda a população e dos profissionais de saúde, que permanecerá atual por muito tempo.

Comentário do interno E:

O conceito de saúde da OMS é extremamente amplo. Isso por um lado abre os olhos dos profissionais de saúde para que não tenham uma visão simplista do que seriam as doenças. Por outro lado é idealista e utópica uma vez que nem mesmo as doenças com maiores índices de morbidade e mortalidade são assistidas de forma adequada.

É interessante como os comentários dos internos do último período de medicina conseguem expressar as muitas contradições que a concepção positiva de saúde apresenta – chamada por Camargo Jr. (2007) de “armadilhas” – e a faz conceitualmente preditora de medicalização, conforme exploraremos adiante.

Outra situação que me inquieta há muito é até onde vai o vínculo e inicia a dependência? Pude acompanhar médicos de família preceptores na residência que eram excelentes profissionais, uma relação ótima com as pessoas de sua área de abrangência, tecnicamente bons, mas qualidades que pareciam favorecer uma certa relação de dependência. Não sei, este tema é delicado, pois, por um lado, poderíamos dizer que seria melhor ter dependência de um nível de atenção que se pretende menos iatrogênico, mais integral, que sabe lidar com a complexidade do adoecer usando tecnologias de “baixa densidade”. Por outro, para os defensores da autonomia, tal como Illich (1982) isso já é naturalmente danoso, isto é, depender de um serviço ou profissional de saúde, mesmo que numa perspectiva “desmedicalizante” e voltada para uma “saúde ativa” (em analogia ao atual “envelhecimento ativo”), já coloca a pessoa em uma posição de dependência, na qual todos os ganhos que ela própria alcançar em

benefício de sua saúde e bem-estar, ela atribuirá aos valiosos conselhos e acompanhamento do especialista em saúde. De fato, é difícil pensarmos em uma perspectiva tão radical de autonomia tal como a trazida por Illich: ela é extremamente lúcida e necessária de se colocar em pauta, mas em um mundo tão tecnológico e medicalizado, talvez seja mesmo mais real e menos utópico pensar em coconstrução da autonomia, tendo sempre em conta que não existe uma autonomia absoluta, mas diferentes graus que variam de acordo com diversos fatores, entre eles, a distribuição desigual de saber-poder (CAMPOS & CAMPOS, 2009).

Pois bem, nesta dialética de vínculo e dependência, pude viver situações em que a dependência me parecia muito mais exuberante, por exemplo, em relação à medicalização do luto: um senhor já há muito adoecido faleceu após longa internação hospitalar. Os familiares, logo que souberam da notícia, demandaram a presença de um dos médicos, no caso um residente, para estar presente enquanto a esposa recebia a notícia e principalmente para medir a pressão de todos os familiares (que afinal não pode subir de jeito nenhum em uma situação destas! – ironia) e estar preparado, obviamente, para medicar com algum sedativo. Sim, da mesma forma que não temos que lidar mais com a morte, que está encerrada no hospital, pelo jeito parece haver uma concepção em construção que também não precisamos lidar com o sentimento de perda e devemos, portanto, anestesiá-la, função assumida por disponíveis e acolhedores médicos de família. Eu não me disponibilizei a me colocar nesta função, principalmente por não conhecer a família e saber que não era minha função, sendo médica, evitar que as pessoas enfrentem as condições naturais da vida e seu sofrimento. Uma colega foi e, ao regressar, me relatou esta experiência de uma preocupação acentuada com a pressão arterial e o “medo de passar mal” com a tristeza.

Nesta mesma comunidade, ocorreu o caso que me é mais emblemático e me motivou a refletir mais sobre a medicalização. Uma família recém-chegada na área (pai, mãe e acho que 5 ou 6 crianças e adolescentes) procurou atendimento na unidade saúde, todos com as mesmas queixas: “dor de cabeça, dor no estômago e nervosismo”. Isto, de antemão, já nos chamou a atenção. Pois bem, atendi a filha de 13 anos e o filho

de 20. Minha colega atendeu o filho de 8 anos acompanhado da mãe. Com a menina, adolescente, consegui ampliar mais a consulta, abordei alguns conflitos que ela trouxe e não prescrevi nada, apenas aconselhamento e orientações. Quanto ao rapaz de 20 anos, achei-o mais comprometido, do ponto de vista do humor e da “dor no estômago”, explorei a questão da alimentação, questões de trabalho, financeira, relação familiar, mas “não se abriu”. Assim, acabei medicando-o com um protetor gástrico, fazendo várias orientações dietéticas e afins. Qual a minha surpresa quando minha colega, que atendeu a criança acompanhada da mãe e tinha as mesmas queixas “dor de cabeça, dor no estômago e nervosismo”, abordou-me após as duas consultas e disse que eles passavam fome, que a criança disse “eu já sei de tudo, os médicos ficam falando para a gente comer de 3 em 3 horas, mas lá em casa a gente só come duas vezes por dia...”. Crianças geralmente dizem a verdade. Ficaram os outros envergonhados de falar sobre tamanha privação mesmo tendo sido perguntados sobre? Eu não tive habilidades suficientes para abordar tais questões? Senti-me péssima: “estou tratando fome com omeprazol...”. Foi aí que não tive dúvidas de como há alguns (ou muitos) problemas com a “equidade” e com a compensação das desigualdades sociais apenas pela via da saúde: esta a política social mais capilarizada em um país em que outras necessidades, muito mais básicas que os medicamentos e os tratamentos médicos, ainda não foram garantidas.

Sim, é danoso tratar problemas sociais nos serviços de saúde. A clínica ampliada não é suficiente, é necessária, mas insuficiente. Muito mais comum que este caso que contei são os inúmeros que os profissionais de saúde conseguem localizar de antemão a causalidade psicossocial do problema somático, mas não tem outro “remédio” (literalmente) para oferecer, como discutiremos adiante. Voltando ao caso do omeprazol, tentamos articular com a assistência social, escola e outros? Sim, mas a “cesta básica” não chega tão rápido quanto o medicamento da “farmácia básica”. Afinal, para que comida se temos tecnologia para tratar as consequências de sua privação? Além do mais, vemos que hoje a fome não costuma decorrer apenas de uma questão de desemprego ou privação “de tudo”, costuma vir acompanhada de outras mazelas como dependência química, transtorno psiquiátrico, problemas de relacionamento familiar, outras formas de litígio intra ou extrafamiliar. O que aumenta ainda mais a

complexidade destas questões, que não se resolvem apenas com a “cesta básica”.

O problema da fome não é nenhuma novidade. A fome e sua consequência “médica”, a desnutrição, há muito vem sendo estudadas, como pelo célebre médico Josué de Castro – autor, dentre outros, dos livros “Geografia da Fome” e “Geopolítica da Fome”. Nas palavras de Josué²¹:

Comecei, também, a trabalhar numa grande fábrica e a verificar que os doentes não tinham uma doença definida, mas não podiam trabalhar. Eram acusados de preguiça. No fim de algum tempo, compreendi o que se passava com os enfermos. Disse aos patrões: sei o que meus clientes têm. Mas não posso curá-los porque sou médico e não diretor daqui. A doença desta gente é fome. Pediram que eu me demitisse. Saí. Compreendi, então, que o problema era social. Não era só do mocambo, não era só do Recife, nem só do Brasil, nem só do continente. Era um problema mundial, um drama universal.

Trazendo essa discussão, não estou defendendo de que não olhemos para isso, nem nos impliquemos com os muitos e diversos sofrimentos sociais que nos batem à porta – como já disse, sim é um lugar privilegiado de apoio social – mas é essencialmente frustrante e contraprodutivo, além, eu diria, de forte ação de “injustiça social” relegar estes problemas para os serviços de saúde, cuja missão, idealmente, seria cuidar do adoecimento em um contexto de justiça social, afinal, as doenças existem “por causa de”, mas também “apesar de” os problemas sociais. Isso é medicalização social em suas formas mais perversas.

De forma clara, Rose (2010, p.150) aborda esta questão:

O problema das minorias doentes é considerado como se sua existência fosse independente do resto da sociedade. Alcoolistas, viciados em drogas, gangues, vândalos e criminosos, assim como obesos, inválidos, doentes mentais, pobres, moradores de rua, desempregados e famintos – quer em países desenvolvidos ou no Terceiro Mundo, todos são vistos como grupos-problema, diferentes e separados do restante de suas sociedades. Essa posição convenientemente isenta a maioria de qualquer responsabilidade por seus “desviantes”, e o remédio pode então ser o de estender a caridade para eles ou fornecer serviços especiais. Isso é muito menos exigente do que admitir a necessidade de uma mudança geral ou socioeconômica.

Bem, há mais casos para contar? Sim, muitos: casos sobre medicalização como forma de garantir o acesso a um maior número de pessoas – no “acolhimento”; as

²¹ Trecho retirado de: <http://www.projeto memoria.art.br/JosuedeCastro/>

disputas entre a medicalização e a promoção de autonomia em grupos operativos, como o para “cessação do tabagismo” que combina estratégias cognitivo-comportamentais com o uso de medicamentos, os quais acabam por não se restringir apenas aos usuários mais dependentes de nicotina; ações, falas, orientações medicalizadoras por outros profissionais da equipe; medicalização pelo foco na “agenda” (objetivos e interesses declarados ou não) do serviço ou dos profissionais em detrimento da “agenda dos usuários”; extremismos que evidenciam um grande compromisso com a saúde pública, um exercício atual do biopoder como a obrigatoriedade de imunizações e acompanhamento regular de crianças com desenvolvimento normal na “puericultura”. Não, estes casos não são só meus, são também dos profissionais com quem trabalhei, muitas vezes favorecidos pelas características culturais do local, políticas clientelistas do governo municipal, entre outros fatores mais relacionados à organização dos serviços e às expectativas da população. Exploraremos alguns aspectos de o trabalho em equipe e as atribuições dos profissionais e sua relação com a medicalização na discussão dos resultados do campo.

Há ainda outros casos que mais parecem “causos”, fatos que pude tomar emprestados por meio da experiência como “supervisora” (facilitadora) em grupos de educação permanente com médicos da ESF em Minas Gerais: médicos que exerciam sua função pastoral, a ponto de, ao defender que se devia priorizar a educação em saúde - mais do que as atividades curativas, um médico disse “precisamos ensinar às mães como elas devem cuidar de seus filhos”; outras situações em que pude perceber como a “expertise médica”, quer dizer, o saber médico utilizado na tomada de decisões no cotidiano, muitas vezes é mais definido pelas experiências “leigas” como a história pessoal e familiar com adoecimentos do que com propriamente um saber científico, sendo que muitas vezes isto é incorporado de forma distorcida, em prol da medicalização, visto que os parâmetros que os médicos que trabalham no SUS têm geralmente são provenientes de experiência familiar na rede privada, em que os excessos de consumo de tecnologia e insumos costumam ser ainda maior do que no cenário público. Faz-se necessária, portanto, uma prática clínica extremamente crítica e (auto) reflexiva:

“[...] pensarmos sobre o significado, na nossa prática, do componente anticapitalístico, permite que possamos compreender melhor essas biopolíticas que operamos, aí no cotidiano do nosso agir, como trabalhadores de saúde, como já vimos. *Perguntando a todo momento: que vida temos em nós e que vidas agenciamos.* Para onde apontamos no mundo do nosso trabalho em saúde”. (MERHY, 2007. p.15, grifo nosso)

Enfim, poderíamos ir além, e devemos ir, mas agora é hora de conceituarmos melhor nosso objeto de estudo, para depois explorá-lo nos resultados da pesquisa de campo.

Capítulo 2

Medicalização – a complexidade do fenômeno e seus conceitos

A medicalização da vida e da sociedade é um fenômeno em franca expansão em todo o mundo, tendo como marco inicial o surgimento da medicina moderna, entre o final do século XVIII e o início de XIX, contemporaneamente ao processo de industrialização e reorganização do modo de vida nas cidades à época de constituição de alguns Estados europeus. As características desse fenômeno e seus conceitos têm se alargado muito desde os primeiros usos do termo “medicalização” na década de 60, tendo ganhado destaque a partir dos anos 70 por meio de publicações como *Nêmesis da Medicina – A expropriação da saúde* de Ivan Illich (1975) e de *Medicine as an Institution of Social Control* de Irving K. Zola (1972), entre outros autores como Peter Conrad e Thomas Szasz, todos centrando suas discussões no contexto do século XX e do pós-guerra (NYE, 2003; CONRAD, 2005). O termo era utilizado como sinônimo da expansão dos limites da medicina, uma “invasão médica” para o domínio da vida cotidiana, do corpo e do comportamento por meio do poder alcançado pela corporação médica sobre a definição, e conseqüentemente a intervenção, do que é *normal* ou *patológico*. Michel Foucault foi um dos autores que mais contribuiu para o tema, partindo de um contexto histórico anterior ao de seus contemporâneos, pela análise de “medidas maciças de saúde como formas de constituição do Estado-nação” no contexto europeu de transição entre os séculos XVIII e XIX, aprofundando nas medidas de controle, disciplina e dominação do corpo individual e social, não restritas à instituição

saúde porém articuladas com o saber e o modo de operar da medicina científica (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2013; FOUCAULT, 1979, 2013).

Atualmente, ao falar de medicalização, podemos nos referir a diferentes processos sociais orquestrados por variados atores, não restritos à medicina enquanto instituição e núcleo de saberes e práticas. Neste capítulo, abordaremos os diferentes entendimentos sobre o tema, explorando os que trazem maiores contribuições para o entendimento de como a medicalização permeia o trabalho na Estratégia de Saúde da Família e quais as suas consequências diretas e indiretas mais importantes.

2.1. De que medicalização falamos?

Como dito anteriormente, na década de 70, a medicalização era sinônimo do “imperialismo médico”, da expansão autorregulada²² da autoridade médica para domínios da vida cotidiana, para todo assunto relacionado à saúde-doença, promovida inicialmente pela categoria médico-científica aliada aos interesses políticos e econômicos do Estado. Atualmente é entendida como um processo amplo e disseminado de “maior participação da medicina na existência das pessoas”, que é reforçado pelo mercado de insumos e serviços – equipamentos médicos, indústria farmacêutica, prestadores de serviço de saúde em geral - mas que também inclui os cidadãos em postura ativa, de consumidores, de agentes de mudança ou de manutenção do *status quo* (POLI NETO & CAPONI, 2010, p. 36; METZL & HERZIG, 2007; NOGUEIRA, R.P., 2001). Segundo Conrad (2010), a medicalização seria um processo social, como a globalização ou a secularização, o que não representaria mudanças boas ou ruins de antemão, sugerindo haver uma maior preocupação com a sobremedicalização – do inglês *overmedicalization*. De fato, é grande a dificuldade em

²² Objeto de estudo de Freidson (1988) em *Profession of Medicine*, em que, segundo Poli Neto & Caponi (2010, p.39), “[...] o autor apresenta sua teoria sobre a construção das profissões a partir do processo de profissionalização na medicina, em que a *medicalização é consequência da legitimação e da institucionalização dessa profissão, que permite sua autorregulação e o controle dos temas relacionados à saúde [...]*” (grifo nosso).

uniformizarmos o conceito de medicalização, seja tomando-o apenas como o “excesso de”, uma sobremedicalização, supondo haver um limiar – qualitativo e/ou quantitativo - acima do qual este processo seria danoso, ou ainda entendendo-o como a progressiva dominação médica de assuntos antes de território do saber popular, em uma transição do autocuidado para a delegação deste a terceiros (“especialistas sociais”²³ em saúde) que, simultaneamente e não a partir de um limiar, pode produzir efeitos negativos, as *iatrogenias*, mas também “positividades”, efetivos ganhos na saúde dos indivíduos e populações (ILLICH, 1975a; POLI NETO & CAPONI, 2010).

Jamoulle (2011) afirma que “o médico é onipresente, do berço à cova, e toda a existência é medicalizada”, assertiva que consegue expressar, dentro do nosso paradigma atual de cuidados, a indissociabilidade entre a medicalização e as práticas em saúde, estas tecidas por uma meticulosa dialética de intervenções produtoras de vida e outras capturadas pelo “modo capitalístico” das práticas, segundo Merhy (2007) “produtoras de morte”, isto é, de uma “serialização subjetivante no modo de desejar e produzir a vida”²⁴. Embora a citação de Jamoulle traga a figura do médico para a centralidade da “medicalização da existência” e diversos autores discutam a grande contribuição da profissionalização da medicina neste fenômeno - cujos profissionais ainda são peças-chave, os “novos mecanismos” deste apontam para um maior poder em medicalizar exercido por sujeitos/técnicas/saberes fora do domínio da profissão propriamente dita, como a ciência biotecnológica e genética, a indústria farmacêutica, os consumidores, as organizações de saúde (instituições, empresas de seguro, etc.), diferentes instituições e organizações (mídia, famílias, escolas), como apontam Conrad (2005), Bell & Figert (2012), Nogueira (2003), e a maior parte da literatura atual sobre o tema.

Recentemente tem havido uma notável preocupação entre estudiosos em relação à clareza e à abrangência dos conceitos de medicalização na produção

²³ Segundo Tesser (2010, p. 12), o sentido dado por Berger & Luckmann (1996) ao termo seria o de “alguém que entende e domina muita mais de algum assunto, atividade ou problema que um ‘leigo’”(grifo do autor).

²⁴ “Serialização subjetivante” que poderia ser entendida pelo que Tesser (1999) chama de “monotonia cultural” em relação à concepção de “vida” e “saúde” e ao cuidado de si e do outro, induzido pela hegemonia da biomedicina nos cuidados em saúde no mundo contemporâneo.

científica. Camargo Jr. (2013, p.844) aponta que alguns conceitos não são compatíveis entre si por comportarem diferentes modos explicativos da realidade social, variando entre

[um] espectro que considera numa ponta que não há lugar legítimo a ser ocupado pela medicina no cuidado das pessoas [...] até a outra que reconhece a possibilidade de contribuições eticamente justificáveis do mesmo saber-prática-instituição,

afirmando que o termo tenha se tornado uma “espécie de princípio explicativo universal, quase uma teoria conspiratória de aplicabilidade geral”. Zorzanelli, Ortega e Bezerra (2013) também apontam a excessiva abrangência do termo medicalização e que isso comprometeria sua força enquanto instrumento teórico. Além disso, sinalizam que o “uso do termo medicalização como uma crítica ao poder médico obscurece diferentes níveis de sua ocorrência”, aludindo a contextos em que outros sujeitos tenham maior relevância na determinação do fenômeno. Bell & Figert (2012) exploram esse e novos conceitos, partindo de proposições de Arthur Kleinman²⁵ de que o termo seria insuficiente para explicar tal fenômeno no contexto pós-moderno²⁶ e pelo fato de a medicalização ser utilizada para abordar tanto efeitos positivos quanto negativos desse.

Em consonância com tais considerações, vê-se que na literatura o termo é utilizado ora para explicitar fenômenos, ora para se referir às causas ou consequências destes, porém geralmente se referindo aos efeitos (potencialmente) danosos no âmbito biológico, subjetivo, social, cultural. Para tratar da medicalização é preciso “pensar em termos complexos”, “pensar dialeticamente”, isto é, assumir que:

[...] aquilo que determina não está descolado do que é determinado, nem o domina do exterior. Só pelo fato de ter o “poder” de determinar, integra-se ao determinado. Ao mesmo tempo, determinar não significa “mandar” unilateralmente no determinado. Aquilo ou aquele que determina é também modificado por seu produto, ou seja, o determinado deixa sua marca no determinador. Há, portanto, um incessante jogo de determinações recíprocas entre forças desiguais e contraditórias, e cada força individual contribui, a seu

²⁵ Proposições proferidas na conferência “Medical Anthropology at the Intersections” realizada na Universidade de Yale em 2009, em comemoração aos 50 anos da antropologia médica.

²⁶ Em contraposição ao conceito de moderno, aquele sucedendo este, que faz referência ao período de industrialização, urbanização, desenvolvimento dos Estados e científico nos países ocidentais centrais, quando então teria surgido o fenômeno da medicalização, corroborando com os estudos de Foucault sobre *O nascimento da medicina social* e *O nascimento da clínica* (FOUCAULT, 1979, 2013).

modo e com sua potência, para a resultante final, incluindo-se nela (NOGUEIRA, 2001, p.36-37).

Sem negar as contradições que a abrangência do conceito de medicalização pode trazer em si, este trabalho adota um olhar ampliado para o fenômeno, assumindo sua complexidade e optando por utilizar um referencial dialético, que comporte a relação intrincada, e para a autora, indissociável, das positivities e negatividades da hegemonia da ciência nas questões de saúde-doença e sua relação com o “saber popular” e o contexto socioeconômico-cultural-histórico, da interação dos sujeitos envolvidos e de sua múltipla rede de determinações (e não determinismos). Isto é, reconhece-se a medicalização como um conceito polissêmico e um fenômeno *coproduzido*.

Diante dos múltiplos e diferentes olhares que podemos lançar sobre o tema, é importante destacar que a grande contribuição do estudo da medicalização tem sido atentar para os efeitos “não-intencionais e indiretos” dos saberes e práticas de saúde, isto é, para as *iatrogenias* que a promoção da saúde, a prevenção e cura de doenças e mesmo a reabilitação produzem no âmbito individual e coletivo, para além do aumento dos níveis de saúde e da redução de morbidade e mortalidade propriamente ditos. Partindo, portanto, de uma definição aparentemente simplista que seria a de “tornar médico”, cabe a nós explorar distintas ramificações do conceito de medicalização e suas implicações. A seguir são abordados diversos usos do termo, reiterando que os significados se sobrepõem e ora podem ser tomados como causa ou consequência, tornando ainda mais difícil tal exercício de conceituação. Alguns desses serão aprofundados e exemplificados, para melhor compreensão, nos capítulos seguintes.

Para Conrad (1992, p.211), a questão central da medicalização é a “definição”:

Medicalização consiste em definir um problema em termos médicos, usar linguagem médica para descrevê-lo, adotar um arcabouço conceitual médico para entendê-lo ou usar uma intervenção médica para “tratá-lo”. Este é um processo sociocultural que pode ou não envolver a profissão médica, conduzir a um controle médico do social ou a um tratamento médico, ou ser resultado de uma expansão intencional da profissão médica. Medicalização ocorre quando um modelo ou definição médica é aplicado para entender ou manejar um problema [...] (grifo do autor, tradução nossa).

Detalhando a referida questão, Conrad & Schneider (1980, *apud* Conrad, 1992) afirmam haver três níveis de ocorrência da medicalização: o conceitual, o institucional e o interacional. No primeiro, um vocabulário ou modelo médico seria utilizado para definir um problema, com poucos profissionais médicos envolvidos e tratamentos médicos não necessariamente aplicáveis. No institucional, organizações adotariam uma abordagem médica para tratar problemas particulares, legitimando-a, com profissionais médicos e não-médicos envolvidos no trabalho cotidiano. Já no nível interacional os médicos estariam mais envolvidos, na relação médico-paciente, “quando um médico define um problema como médico (isto é, dá um diagnóstico) ou trata um problema ‘social’ com alguma forma de tratamento médico, *por exemplo, prescrevendo drogas tranquilizantes para uma vida familiar infeliz*” (CONRAD, 1992, p.211, grifo do autor, tradução nossa). A despeito dos “novos mecanismos” citados anteriormente demonstrarem diversos sujeitos interferindo nestes três níveis que se sobrepõem e se modificam, a divisão em níveis tem valor de uso por comportar as dimensões da medicalização desde os seus primórdios, extremamente intrincadas com o surgimento da medicina moderna e de um aparato institucional que respaldou a constituição dos Estados europeus, associações que são importantes de resgatar para melhor compreender o que está no bojo da “questão de definição”, da construção e dos desdobramentos do “tornar algo em objeto da medicina”.

Na origem das dimensões conceitual, institucional e interacional da medicalização, está a própria biomedicina ou medicina científica, suas bases epistemológicas, legitimidade, expansão e institucionalização. O paradigma científico em que se ancora a biomedicina²⁷ é fruto de uma ciência cartesiana e positivista, portanto, mecanicista, fragmentada, reducionista, de caráter analítico e que se pretende universal, isto é, concebe o corpo enquanto máquina, separa mente e corpo, foca na dimensão biológica ou somática, toma como objeto principal esta, explorando o corpo por meio do isolamento de suas partes (e concebendo o todo como a somatória destas) e “dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais [isto é, da singularidade]”

²⁷ Utilizaremos *medicina* e *biomedicina* como sinônimos no decorrer do texto, visto que esta é a corrente hegemônica no saber e prática daquela, fortemente influenciada pela biologia e disciplinas análogas.

(CAMARGO, 2005, p.178). É interessante situar o nascimento da ciência positiva em seu contexto histórico, com “raízes na filosofia das luzes do século XVIII”, para compreendermos que, naquele momento, ela representou um grande avanço, sendo que os primeiros positivistas apontavam a “[...] necessidade de romper com esse monopólio do saber [da Igreja, do poder feudal e do Estado oligárquico], livrando a ciência da sociedade, dos interesses e paixões das classes feudais, das doutrinas teológicas, dos argumentos de autoridade da Igreja e de todos os ‘dogmas fossilizados’” (MINAYO, 1996, p. 40). No entanto, esta mesma ciência está nas raízes das contradições e crise da medicina atuais, contradições que abordaremos adiante:

[...] medicina ou antimedicina, devemos conservar ou não a medicina? O problema não deve ser o de se requerer uma medicina individual ou social, mas o do modelo de desenvolvimento da medicina a partir do século XVIII, quando se produziu o que poderíamos chamar de “decolagem” da medicina. Esta “decolagem” sanitária do mundo desenvolvido foi acompanhada de um desbloqueio técnico e epistemológico, de considerável importância, da medicina e de toda uma série de práticas sociais. E são essas formas de “decolagem” que hoje conduzem a uma crise (FOUCAULT, 2010, p. 173).

A decolagem da medicina moderna faz a atual uma continuação desta medicina científica, da *anatomoclínica*, com diferenças substanciais da medicina hipocrática e que, segundo Foucault (2013, p.215-216), não são decorrentes do acúmulo natural de conhecimento, mas

[...] são as formas de visibilidade que mudaram [...] ele [o novo espírito médico] nada mais é do que uma reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível e do invisível seguem novo plano.

Argumenta apontando diferenças entre a construção do saber da *anatomoclínica* (da clínica vinculada ao saber produzido pela anatomia patológica) e da “pura e simples clínica”, a primeira inaugurando a medicina “das lesões”, da “invisível visibilidade”, o que, de certa forma, reduziu a legitimidade do saber da segunda (estritamente semiológico) enquanto *verdade*, como era até então. Abre-se, com esta mudança do “olhar médico”, novos espaços de atuação da medicina, as *especializações da doença*:

[...] um espaço que chama de primário, que é o da doença sem doente, da classificação das doenças umas pelas outras, por suas homologias e diferenças, espaço exclusivo da doença; um espaço secundário, que resulta da percepção fina da doença no doente, de suas peculiaridades, de como ela se apresenta e se desenvolve naquele doente, naquele espaço (POLI NETO, 2006, p.46).

Ressalta-se que este espaço de “singularidade” na nova clínica opera no sentido de verificar as “qualidades insubstituíveis e mudas que nele [no doente] traem, isto é, mostram e variam, as belas formas ordenadas da doença”, ou seja, tem-se uma concepção negativa do sujeito, visto que “o doente é a doença que adquiriu traços singulares” (FOUCAULT, 2013, p.16, 15).

A medicina adquire, a partir de então, uma concepção ontológica da doença, separa-a da pessoa e centra esforços no reconhecimento da primeira, no seu diagnóstico, tomando-a como seu objeto principal em detrimento de uma concepção integral dominante até então, que considerava o adoecimento como a perda do equilíbrio dinâmico interno do sujeito em sua relação com o meio e era orientado para o restabelecimento deste equilíbrio. Esta nova clínica, agora uma “medicina das doenças”, passa a se regular mais pelos parâmetros de *normalidade*, isto é, pelas mudanças em um certo “tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica” balizados pelos saberes da fisiologia e da patologia:

[...] até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar [...] A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde [...] (FOUCAULT, 2013, p.38).

A natureza da *normalidade*, que suplantou a *saúde* enquanto imagem-objetivo da prática médica, reflete os novos significados atribuídos à *doença*, ao *patológico*, isto é, a doença não é mais decorrente de uma mudança qualitativa entre o organismo saudável e o doente, mas sim de um processo de mesma natureza do *normal*, porém com uma variação quantitativa no seu modo de funcionar ou em sua estrutura (CANGUILHEM, 2011). A doença, portanto,

[...] parte de um mesmo processo vital, que se expressa no organismo pela falta ou pelo excesso, pela hiper ou hipoexcitação e assim que é de certa forma desvinculada do sentir-se doente [...] ao se afirmar a *continuidade e a diferença quantitativa entre o normal e o patológico* aumentam as possibilidades de intervenção no indivíduo e abre-se espaço para que qualquer anomalia possa ser transformada numa patologia (POLI NETO, 2006, p.12, grifo nosso).

Isto é, a doença prescinde da “experiência com a doença”, existe a despeito de mudanças qualitativas relacionadas ao adoecimento (da ordem do objetivo visível e do

subjetivo), autorizando uma compreensão estritamente “natural” do patológico baseada nas variações quantitativas em relação a um padrão do *normal*. Canguilhem (2011, p. 89) compreendia o patológico como decorrente de uma mudança qualitativa no organismo doente, que é necessariamente integrada com a vivência do sujeito:

[...] diversidade não é doença. O *anormal* não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal.

Aponta que a compreensão do patológico implica também em sua relação com o meio, podendo ser ou não patológico a depender das variações do meio, isto é, de um “juízo extrínseco ao organismo” (PUTTINI & PEREIRA JÚNIOR, 2007). Isto evidencia as dimensões *valorativas* e *fenomenológicas* da doença definida a partir da variação do normal, desnaturalizando uma concepção estritamente biológica da doença:

Canguilhem reitera que “normal” é um termo ambíguo, que pode ser usado tanto para a descrição de um fato, como para a atribuição de um valor (i.e., para uma avaliação do fato). Normal é aquilo que *deve ser* (valor), mas também é entendido como *aquilo que se encontra na média* (fato). O uso avaliativo é distinto do uso quantitativo de normalidade. A concepção quantitativa de normal é descritiva, na medida em que informa o quanto se afasta da posição normal, mas somente o recurso a um valor pode servir de referência para se avaliar em que medida de afastamento do normal ingressamos no domínio do patológico (PUTTINI & PEREIRA JÚNIOR, 2007, p. 459-460, grifo do autor)..

Esses limites imprecisos entre o normal e o patológico, dependentes de um julgamento cientificamente e, portanto, socialmente construído acerca dos fenômenos vitais observados, são contradições fundamentais na medicina, por meio das quais se operam mecanismos de medicalização tradicionais e extremamente atuais, que serão discutidos adiante.

Outra contradição importante da biomedicina, talvez a maior, e que como vimos está intrinsecamente ligada à dicotomia normal-patológico, é a que Tesser (1999) nomeia de a “doença do médico” *versus* a “doença do doente”, que poderia ser entendida pelas diferenças entre os termos em inglês *disease* e *illness*²⁸, remetendo o primeiro ao “processo patológico que os médicos utilizam como modelo explicativo da

²⁸ Ao longo do texto, privilegiaremos o uso do termo *doença* como sinônimo de *disease* e *enfermidade* de *illness*.

experiência com a doença” e o segundo, às “sensações e sentimentos das pessoas”, a “experiência pessoal com a doença” (MCWHINNEY & FREEMAN, 2010, p.151-152). Esta cisão, com a possibilidade da existência da doença para o médico sem necessária correlação para o doente – a “emancipação” da doença do doente, e o alcance de maior status de verdade pela ciência da *invisível visibilidade*, promovem distanciamentos e criam assimetrias de poder entre o médico e a pessoa de quem se cuida, à medida que a medicina tem sua eficácia legitimada. A clínica não se resume mais ao visível, aos sinais e sintomas compartilhados entre “médico e doente”, e a singularidade da experiência do doente é ultrapassada pela “universalidade” das características da doença, de domínio exclusivo de um saber profissionalizado e especializado. Criam-se contradições no cerne da medicina, ao mesmo tempo que há grandes avanços no conhecimento médico:

O sucesso do novo método clínico no final do século XIX resultou na dominância do modelo ontológico, que tem se mantido desde então. Enquanto no passado a palavra “diagnóstico” frequentemente indicava o diagnóstico de um doente, a meta do diagnóstico era, agora, identificar a doença. A doença estava no corpo. Como em todas as taxonomias, as categorias de doenças eram abstrações que, em benefício da generalização, deixavam de fora muitas particularidades, inclusive a experiência subjetiva dos enfermos. [...] Com seu poder preditivo e inferencial, o novo método clínico foi muito bem-sucedido. De fato, a aplicação de novas tecnologias na medicina dependia desse método, que tinha, também, outros pontos fortes, como o fato de oferecer uma clara injunção aos médicos: identificar a doença da pessoa ou descartar patologias orgânicas. Isso dividiu um processo complexo em uma série de passos facilmente memorizados e forneceu critérios de confirmação, pois o patologista podia dizer ao clínico se ele estava certo ou errado. Esse modelo era tão bem sucedido que seus pontos fracos só se tornaram aparentes muito tempo depois, à medida que suas abstrações distanciaram-se mais e mais daquilo que a pessoa vivenciava. Nenhuma abstração é uma imagem completa do que representa, e fica cada vez menos completa conforme os níveis de abstração e o poder de generalização aumentam. [...] o perigo é que esqueçamos que nossa abstração não é o mesmo que o mundo real (MCWHINNEY, 2010b, p. 39-40).

A ontologização da doença - que para Alfred Korzybski (1958, apud MCWHINNEY, 2010b, p. 40) é como tomar “o mapa pelo território” - e o reducionismo biológico, somados ao primado do diagnóstico, criam um arcabouço epistemológico que favorece a medicalização, isto é, fomenta o enquadramento da enfermidade dentro de um processo patológico conhecido, tentativa de enquadramento muitas vezes frustrada e/ou interminável, visto que a enfermidade extrapola os limites da doença:

No modelo biomédico, a doença é explicada em termos de fisiopatologia: uma estrutura e um funcionamento anormal de tecidos e órgãos. Esse modelo oferece uma base conceitual para entender as dimensões biológicas do adoecer, reduzindo-o à doença. O foco é no corpo, não na pessoa. Uma doença específica é o que todos que a apresentam têm em comum, mas as experiências da doença de cada pessoa são únicas. A doença e a experiência da doença nem sempre coexistem. Pessoas com doenças assintomáticas não diagnosticadas não se sentem doentes; pessoas que estão entristecidas ou preocupadas podem se sentir doentes, mas não têm nenhuma doença. Quem reconhece essa diferença e se dá conta de que é comum se sentir doente sem ter qualquer doença é menos propenso a investigar ou procurar descobrir uma patologia quando não é necessário. Entretanto, mesmo quando há uma doença, ela pode não explicar adequadamente o sofrimento da pessoa, pois a quantidade de desconforto por que passa um doente se refere não só à quantidade de dano aos tecidos, mas ao sentido pessoal dado à experiência com a doença (BROWN, WESTON, STEWART, 2010, p.54).

No imperativo de encontrar uma entidade biológica que explique o adoecimento, lança-se mão de todo o arsenal tecnológico disponível no contexto de prática do profissional – instrumental que este julgue adequado para aquela situação (adequação esta extremamente variável e dependente de diversos fatores não restritos aos ditames da ciência), criando ou reforçando para o enfermo (e para a sociedade) a premissa ou

[...] a perspectiva de que a sua doença é uma ‘coisa real e concreta’, cuja significação, em termos de natureza, causas, etc, foi ou será determinada pela ciência e que está instalada no seu corpo ou mente, sendo que ele (o médico) tentará eliminar ou consertar (TESSER, 1999, p. 55).

O “processo de enquadramento diagnóstico” é legitimado pelo saber-poder da medicina:

Tantos poderes – desde o lento esclarecimento das obscuridades, a leitura sempre prudente do essencial, o cálculo do tempo e das possibilidades, até o domínio do coração e o confisco dos prestígios paternos – são formas pelas quais se instaura a soberania do olhar. Olho que sabe e que decide, olho que rege. [...] não é mais o olhar de qualquer observador, mas o de um médico apoiado e justificado por uma instituição, o de um médico que tem poder de decisão e intervenção. Em seguida, é um olhar que não está ligado pela rede estreita da estrutura (forma, disposição, número, grandeza), mas que pode e deve apreender as cores, variações, as ínfimas anomalias, mantendo-se sempre à espreita do desviante. Finalmente, é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos; é calculador (FOUCAULT, 2013, p.96-97).

Essa autorização da medicina em perscrutar o corpo humano, em definir o que é desviante, o que é normal ou patológico, o poder e legitimidade para nomear o sofrimento e criar abstrações para o sofrimento humano, fazer prognósticos, definir riscos e probabilidades, abre muitas e importantes frentes de medicalização. Um dos

aspectos que mais a tornam propensa à medicalização é justamente não reconhecer que seu saber-prática está ancorado em um conjunto de abstrações, isto é, que o saber clínico e o modelo explicativo para as doenças é uma forma de reconhecer e organizar os fenômenos vitais e não alcançam o "real total", o natural. Para a medicina, a doença é uma realidade natural, material, embora esse pressuposto, assim como os conceitos de saúde, doença e normalidade estejam largamente implícitos no saber-prática médicos e não apresentem coerência no âmbito teórico-conceitual, carregando em si uma grande parcela de "metafísica oculta do positivismo" (CAMARGO, 2005). Para o mesmo autor, a "fluidez" epistemológica - aliada à sua eficácia legitimada - faz da medicina um "interminável exercício de criação de ideologias científicas" (CAMARGO, 2005, p.184).

Há diversas outras características intrínsecas à biomedicina ou à "tradição médica"²⁹ que favorecem a ação medicalizante:

- o fato de a doença não depender da singularidade do sujeito e, sim, de uma abstração universalizante, de o domínio da ciência e do invisível pertencer aos iniciados no assunto (profissionais de saúde) e de o "olho que sabe, que decide e que rege" ser externo ao sujeito adoecido, expropria o saber da pessoa sobre seu corpo e seu adoecimento, sua autonomia, reforça a heteronomia no cuidado em saúde e a dependência da instituição-saúde para todo e qualquer adoecimento (esta é uma das dimensões da gênese da heteronomia, ligada à base conceitual da biomedicina);
- *monotonia terapêutica* (TESSER, 1999) – A terapêutica é universalizante e não singularizada, mesmo quando uma abordagem diagnóstica ampliada é realizada, aquela em geral é restrita a um conjunto de condutas comportamentais ou consumo de tecnologias e insumos (medicamentos, procedimentos); é também reducionista, visto que foca suas intervenções no biológico e na correção da parte que está funcionando mal, quando vai além - agindo no comportamental e

²⁹ Que não fazem parte de suas bases epistemológicas mais explícitas, mas estão implícitas no saber-prática cotidiano e que são ensinadas na formação, seja formalmente ou informalmente (CAMARGO JR., 2005).

no psíquico - opera de maneira fragmentada, mantendo a separação mente-corpo;

- a hierarquia de saber e poder entre os eixos de “estrutura das doenças”³⁰ (etiológico e explicativo, morfológico e semiológico, em ordem decrescente de legitimidade), assim como a influência do perfil de prática e morbidade hospitalares, cria um imperativo de incessante busca da *causa* e da *lesão*, que, somada à não valorização da “experiência da doença”, favorece a realização de incessantes “cascatas diagnósticas” prioritariamente por meio de tecnologias “duras”³¹;
- “sintomas sem explicação médica” (LUCASSEN & VAN BOVEN, 2012, p.764-9) – estudos apontam que cerca de 90% das pessoas tem um novo sintoma a cada duas semanas e, entre as que procuram atendimento médico, 30 a 50% permanecem com suas queixas inexplicadas; esse quadro de enfermidade sem doença costuma provocar muita ansiedade entre os médicos e fazer com que eles invistam na “propedêutica armada”³², que não sendo bem-sucedida em encontrar um explicação somática ou biomédica, pode levar a três caminhos principais:
 - tomar o(s) sintoma(s) como diagnóstico,

Através de um *diagnóstico sindrômico*, virtualmente qualquer doente pode ser transformado num ‘caso’, cujo significado pode variar de razoável explicação em termos de mecanismos fisiopatológicos até uma simples descrição pura de sintomas, sempre disfarçada, é claro, em linguagem técnica. Por esse artifício, pode-se sempre transformar, para efeitos práticos (diagnósticos e terapêuticos), no limite, um sintoma em uma síndrome, e assim como que numa ‘doença’

³⁰ Camargo Jr. (2005, p.188-189) propõe um “arcabouço genérico de construção discursiva” das doenças com 3 eixos: o *explicativo* baseado na fisiopatologia, o *morfológico* baseado na anatomia patológica e o *semiológico* baseado na clínica. Tesser (1999) acrescenta o quarto eixo, o *etiológico*, embora não o detalhe, remete à determinação de um *agente etiológico*, ancorado no paradigma da unicausalidade e da *teoria dos germes*, de certa forma já superado, porém muito característico do pensamento biomédico do século XX.

³¹ Merhy (MERHY & FRANCO, 2003) propõe uma “composição técnica do trabalho em saúde” dividida em três tipos de tecnologias: duras, que remetem aos instrumentos e equipamentos médicos; leve-duras, ao conhecimento técnico, os saberes estruturados; leves, à dimensão relacional.

³² Termo utilizado dentro da própria biomedicina para se referir ao uso das tecnologias duras, aos métodos diagnósticos como exames bioquímicos, radiológicos, biópsias, etc.

(através de um diagnóstico descritivo), podendo-se, então, providenciar um tratamento legítimo causal, em geral uma intervenção no mecanismo semiogênico – um sintomático (TESSER, 1999, p.67, grifo nosso).

- enquadramento na categoria “psi” - “quando não é somático deve ser psicológico” – no campo das “somatizações”, dos “transtornos somatoformes” e das “síndromes somáticos-funcionais”; e
- a não legitimação do sofrimento da pessoa pela simples exclusão de “doenças orgânicas” - o popular “você não tem nada” – é contraprodutivo, isto é, pode provocar a cronicidade de tais sintomas e a busca incessante por atendimentos e procedimentos;
- o imperativo categórico da biomedicina atribuído à Hipócrates de “curar quando possível, aliviar quase sempre, consolar sempre” é frequentemente concretizado pelo “alívio e consolo farmacológicos”, isto é, geralmente utilizando-se de tecnologias duras ou leve-duras que são o arsenal médico no método clínico hegemônico, o que pode “esconder e perpetuar” a causalidade para este desconforto, mal-estar muitas vezes contemporâneo à própria existência ou à “civilização”³³;
- *doença pura x doença contextualizada* – ao naturalizar a doença, valorizando o mecanismo biológico e fisiopatológico para sua ocorrência e não a sua coprodução³⁴, promove-se uma cisão da complexidade do adoecimento do sujeito, novamente contribuindo para a perpetuação de causas externas à dimensão biológica por não serem consideradas ou valorizadas pelo profissional de saúde, pelo sujeito adoecido ou pela própria sociedade que adere a este saber.

³³ Alusão ao texto de Freud “O mal-estar na civilização” no qual faz prospecções sobre as razões do sofrimento humano e a cultura civilizatória.

³⁴ Campos (2000) propõe um modelo de “co-produção singular do processo saúde/doença/intervenção”, síntese da interação desigual (da dialética), a depender do caso singular, entre “fatores de co-produção” como os biológicos, subjetivos, políticos, relacionais, ambientais, institucionais, socioeconômicos e culturais.

É importante destacar que essas contradições da biomedicina não são exclusividade de uma “má medicina” ou “clínica degradada”³⁵ e, sim, decorrentes da própria construção científica da biomedicina enquanto saber-prática, embora seja certo que a degradação da prática exacerbe suas fragilidades. As propostas que tentam superar estas contradições propõem uma “reforma”, uma reformulação do seu método e práticas, que parecem alcançar sucesso parcial, algumas chegam a propor uma mudança paradigmática, uma mudança de objeto e de relação com o indivíduo e a sociedade. Não aprofundaremos nestas reformulações da clínica e da medicina neste momento, manteremos o foco na clínica biomédica hegemônica.

Para tanto, cabe a nós confrontar a questão se a medicina científica dá respaldo ao processo de medicalização apenas no nível individual. Para Foucault (1979), não. Ele argumenta que a medicina moderna é essencialmente coletiva e social e em apenas alguns aspectos é individual, tendo aberto um campo de possibilidades à anatomia patológica, à medicina hospitalar e aos progressos da medicina científica, a partir do momento em que se afirmou enquanto prática social em lugar de individual, ganhando impulso com base nos controles sociais desenvolvidos pela “medicina social” (FOUCAULT, 2010). Haveria, portanto, um terceiro espaço de atuação da medicina, o qual representa a forma como a noção de doença foi incorporada na sociedade:

Chamar-se-á especialização terciária o conjunto dos gestos pelos quais a doença, em uma sociedade, é envolvida, medicamente investida, isolada, repartida em regiões privilegiadas e fechadas, ou distribuída pelos meios de cura, organizados para serem favoráveis. Terciária não significa que se trate de uma estrutura derivada e menos essencial que as precedentes; ela implica um sistema de opções que diz respeito à maneira como um grupo, para se manter e se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona ao seu curso natural. Mais do que as outras formas de especialização, ela é, porém, o lugar de dialéticas diversas: instituições heterogêneas, decalagens cronológicas, lutas políticas, reivindicações e

³⁵ Haveria, segundo Campos (1997), três semblantes principais da Clínica, com contiguidade entre elas: a Clínica oficial ou Clínica Clínica, melhor representante do núcleo de saber e práticas hegemônicas, a biomedicina tal qual a descrevemos até aqui; a Clínica Degradada, uma prática que sofre “degradação de sua potencialidade teórica” por questões externas ao seu saber, geralmente ligadas a questões institucionais, interesses socioeconômicos e aos indivíduos que a operacionalizam; por fim, a Clínica Ampliada, uma Clínica do Sujeito, que opera de maneira integral, que intenciona superar o reducionismo biológico, que agrega a doença, a o sujeito, a relação com o meio, mas prima por colocar a “doença entre parênteses” para não perder de vista o sujeito e redimensionar a força universalizante do construto da doença que costuma ofuscar a singularidade do sujeito.

utopias, pressões econômicas, afrontamentos sociais. Nela, todo um corpo de práticas e instituições médicas articula as espacializações primárias e secundária [...] (FOUCAULT, 2013, p.16)

Argumenta que para ser social, para se legitimar perante a sociedade e a coletividade, a medicina precisou se institucionalizar, o que chama de “espacialização institucional da doença” (FOUCAULT, 2013, p. 20-21):

Uma experiência médica diluída no espaço livre de uma sociedade que organiza apenas a figura da família não supõe o apoio de toda a sociedade? Não implica, pela atenção singular que dispensa ao indivíduo, uma vigilância generalizada cuja extensão coincide com o grupo em seu conjunto? Seria preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência; a medicina torna-se tarefa nacional [...] A boa medicina deverá receber do Estado testemunho de validade e proteção legal; a ele cabe “estabelecer a existência de uma verdadeira arte de curar”. A medicina da percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados em domicílio só pode encontrar apoio em uma estrutura coletivamente controlada e que recobre a totalidade do espaço social.

De fato, como apresenta em “o nascimento da medicina social”, desde os seus primórdios, a biomedicina esteve vinculada ao Estado, isto é, ela serviu de arcabouço para medidas populacionais de controle social em favorecimento da constituição dos Estados europeus, capitalistas, no período de urbanização e industrialização:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela *consciência* ou pela *ideologia*, mas começa no *corpo*, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. *O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política* (FOUCAULT, 1979, p. 80, grifo nosso).

Demonstra como o saber-poder da instituição médica, ao mesmo tempo que se aliou ao Estado, institucionalizou-se e expandiu-se a partir de três realidades distintas, a *Medicina de Estado*, a *Medicina Urbana* e a *Medicina da Força de Trabalho*. A primeira surgiu na Alemanha com a preocupação de melhoria no nível de saúde da população e, por conseguinte, do fortalecimento econômico e político do Estado. Foi chamada de *polícia médica* e era constituída por um sistema de observação da morbidade bastante completo, pela normalização da prática e do saber médicos (pelas universidades e a própria corporação médica, porém com controle do Estado), por uma instância administrativa responsável por controlar a atividade médica e acompanhar as informações geradas pela sua prática e pela nomeação de médicos em cargos administrativos tais como “distritos sanitários” e “regiões sanitárias”. A *Medicina Urbana*,

desenvolvida na França à época da urbanização, era uma “medicina das coisas” e promoveu a “medicalização das cidades”, com foco na salubridade, higiene pública, condições de vida e do meio de existência. Dividia a cidade em bairros e distritos, nos quais inspetores territorializados percorriam as casas regularmente e faziam a análise dos “lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença”, operando de acordo com o “modelo médico e político da quarentena”, tal qual o adotado para a peste³⁶, isto é,

neste caso, a medicina não exclui, não expulsa em uma região negra e confusa. O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos [...] É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica (FOUCAULT, 1979, p.88-89).

E, por fim, a *Medicina da Força de Trabalho* originária na Inglaterra à época da industrialização e proletarização, de tensões políticas e econômicas, promovia de forma ambígua a medicalização de pobres e trabalhadores com o intuito de tornar as classes mais pobres “mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”, uma assistência controlada:

[...] uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e o ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1979, p.95).

Para Foucault, a medicina social inglesa foi a que mais “teve futuro” das três, sendo a precursora dos sistemas de saúde no Estado de Bem-Estar Social, isso porque

³⁶ Foucault (1979, p.88) afirma haver dois modelos médicos importantes na história do ocidente, um para lidar com a peste, expandido com a medicina urbana e que influencia a maior parte das práticas até hoje, e outro com a lepra: “Na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação e do espaço urbanos. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão”.

articulou medidas coletivas de saúde pública e assistência individual e “permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la” (FOUCAULT, 1979, p.97).

As três formas precursoras da medicina social têm em comum o fato de operarem medidas disciplinares e de controle dos corpos individual e social, mecanismos importantes de medicalização, mas que também trouxeram impactos positivos para a saúde pública. Características destas que possibilitaram a concretização de tais medidas e, por conseguinte, a expansão da medicalização: “a autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões no nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento”; a medicina passa a abranger um campo de intervenção que não se restringe à doença ou ao indivíduo, o meio ambiente, as condições de trabalho, habitação e outros fatores determinantes sociais da saúde tornam-se objeto desta; desenvolvem-se instrumentos eficazes de administração médica, como registro de dados, estatísticas etc. (FOUCAULT, 2010, p. 183).

Este controle médico do social fez surgir, à época, diversas formas de resistência por parte da população pobre, “insurreições antimédicas” muitas vezes ligadas a grupos religiosos, que reivindicavam o seu direito sobre o próprio corpo, sua saúde e adoecimento (FOUCAULT, 1979). Essas são as formas mais visíveis e residuais de um movimento de resistência à medicalização, ainda existente hoje, porém que encontra, possivelmente, mais dificuldades de se desvencilhar do saber-poder médico, visto que este não se encontra concentrado na entidade Estado e na instituição Medicina, mas foram internalizadas pelos indivíduos e coletividade. Pelo conceito de poder de Foucault (1979) como uma rede de micropoderes que permeia o tecido social, não exclusiva do Estado, podemos explicitar melhor o uso que fazemos do poder disciplinar, do controle, quando falamos de medicalização: um conjunto de práticas normatizadoras da vida, que agem sobre, entre e por meio de, os indivíduos e o corpo social, não restritas à instituição-saúde, isto é, reproduzidas e reforçadas por diferentes instituições. Poli Neto & Caponi (2010), em análise sobre as contribuições de Foucault sobre o tema, afirmam:

É a forma de a medicina exercer o seu poder, o que para Foucault está associado a uma ideia de medicalização. Para ele, o poder médico é aceito, ou seja, pode-se tolerar a interferência dessa rede de saber-poder que redistribui os corpos, reorganiza o espaço, introduz reformas na vida cotidiana (normas claras nas intervenções dos higienistas) porque produz positividade, resolve problemas médicos, possui certa eficácia curativa, permite prolongar a vida. É essa positividade que permite que seja criada essa rede de micropoderes médicos que percorre a existência dos indivíduos. Em seus estudos genealógicos, Foucault (1979) analisa as estruturas do saber-poder a partir do estudo da rede de micropoderes, em que o controle e a vigilância da sociedade passa das estruturas panópticas, que seria as instituições como a escola, família, medicina, etc., para as pessoas individualmente, o controle realizado em consequência a uma internalização de normas disciplinares.

A partir deste resgate sobre as origens da clínica e da medicina social, percebemos que a medicalização como “controle médico do social” pode comportar sentidos diversos, que se associam, sobrepõem-se, determinam-se e tem importância variável a depender do contexto histórico, sociopolítico, econômico, cultural em questão:

- a autoridade médica para todo assunto relacionado à saúde-doença, normal-anormal, individual-coletivo, desdobrando-se na normatização da vida cotidiana;
- a incorporação de comportamentos transgressivos e desviantes no campo do *anormal* e, portanto, de objeto de intervenção médica;
- a descentralização do saber-poder médico, deslocando-o para um discurso disciplinar, como o higienismo e outras práticas de controle e gestão do corpo e do comportamento, incorporados pelos indivíduos e famílias, pela sociedade, mediante influências político-econômicos;
- a elaboração de um discurso de normas e condutas grandemente influenciadas por questões de gênero, étnicas, sociopolíticas e econômicas, para controle de dimensões da vida como a sexualidade, a reprodução, o trabalho, o comportamento socialmente desejável, incidindo sua ação sobre grupos prioritários como mulheres, crianças, pobres, loucos, criminosos etc. (NYE, 2003; FOUCAULT, 2010);

- a descrição em termos médicos, diagnóstico e terapias voltadas para o biológico para “síndromes” ou patologias sociais, como a desnutrição;
- “o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em ‘problemas de saúde’” (CAMARGO JR., 2007, p.68);
- a despolitização e individualização de comportamentos desviantes e problemas sociais (CONRAD & SCHNEIDER, 1992);
- as intervenções médicas como compensação de desigualdades sociais e econômicas, isto é, ações em saúde compensando adoecimentos e vulnerabilidades resultantes da negação de outros direitos sociais básicos;
- a substituição do *direito à saúde* pelo *dever da saúde*, fomentado por políticas estatais de saúde, os *deveres* sendo mais facilmente incorporados pelos indivíduos quando amparados por alguma “verdade estatística ou higienista, ou em defesa da saúde de todo o corpo social” (NYE, 2003, p. 118, tradução nossa);
- a implantação de programas de saúde pública autoritários, vinculados a burocráticas estruturas do Estado de Bem-estar Social (NYE, 2003); e
- a relação inversa entre medicalização e liberdade, isto, é a “doutrina do cidadão saudável” substituindo o “regime de cidadão de direitos” (NYE, 2003, p.123).

A dimensão de “controle do social” exercido pela medicina foi a mais propalada na década de 70, quando a medicalização ganhou expressão na academia. Illich (1975) realizou um amplo estudo sobre o impacto deste controle, sendo que atribui como principal causa da medicalização o monopólio da profissão médica enquanto saber-prática, uma espécie de imperialismo que operou progressivamente uma colonização dos saberes e práticas tradicionais e autônomas quanto ao cuidado e a cura,

substituindo-as por práticas heteronômicas³⁷ nem sempre eficazes e de domínio exclusivo da medicina. São elementos centrais do processo de medicalização a associação do desequilíbrio entre tais práticas com predomínio do cuidado heteronômico em saúde - altamente normatizador e esquadrinhador da vida e do comportamento dos indivíduos e população - com a progressiva dependência do saber de *especialistas sociais* em saúde e a incapacidade das pessoas de se cuidarem: “resultado: uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbidade universal” (ILLICH, 1975, p. 74).

Illich atribui as características essencialmente heteronômicas da medicina à sua concepção ontológica da doença, mas também ao fenômeno da industrialização, com a terceirização dos cuidados com o corpo e o adoecimento para uma “empresa médica” que começou a produzir cuidados em saúde em escala industrial, influenciando profundamente a cultura da sociedade: “Numa sociedade superindustrializada a esse ponto, as pessoas são condicionadas a obter as coisas não a fazê-las. O que querem é ser educadas, transportadas, cuidadas ou guiadas [...]” (ILLICH, 1975, p.78). Aborda este processo de aculturação e argumenta que a medicina foi extremamente eficiente em assumir os cuidados em saúde exclusivamente para si, menos pela eficiência técnica (pelas positivities como argumentava Foucault), mas, principalmente, por exercer um papel simbólico e político importante: “Queiram ou não, os médicos contemporâneos se conduzem como sacerdotes, mágicos e agentes de poder político” (ILLICH, 1975, p. 69). Conrad (1992) aponta que, para diversos autores, a secularização³⁸ foi um dos processos que favoreceu a medicalização, simultaneamente à industrialização, secularização esta que favorece que outras instituições, não-religiosas, ocupem o domínio do simbólico, da fé, da verdade, da certeza, lugar que Illich demonstra ter sido assumido pela medicina e seus “rituais”:

³⁷ Conforme o dicionário Houaiss (2009, p.1016), *heteronomia* significa “sujeição a uma lei exterior ou à vontade de outrem; ausência de autonomia [...]”; segundo Kant (1724-1804), sujeição da vontade humana a impulsos passionais, inclinações afetivas ou quaisquer outras determinações que não pertençam ao âmbito da legislação estabelecida pela consciência moral de maneira livre e autônoma.” Poderíamos acrescentar que a heteronomia pressupõe assimetria de poder e alguma forma de dominação.

³⁸ Processo social com características como: “diminuição da religião, uma permanente fé na ciência, racionalidade, progresso, um crescente prestígio e poder na profissão médica, a inclinação ‘Americana’ para soluções individuais e tecnológicas para os problemas e uma tendência humanitária universal nas sociedades ocidentais” (CONRAD, 1992, p.213).

A satisfação com que o público é levado a financiar essas atividades de fato corresponde à sua necessidade das funções não técnicas da medicina. A intervenção, que atinge a maquinaria física e bioquímica do paciente e o meio, não é e não foi jamais a única função das instituições médicas. A administração de remédios, sejam ou não eficazes, não é de forma alguma o único tipo de mediação entre o homem e sua doença. Outras formas correntes de cura são a mágica, pelo impacto emocional do cerimonial, a cura pela sugestão do xamã, a interpretação do sofrimento pela religião e, ainda muito mais importante, as normas sociais que asseguram a consolação. Em grande medida, as culturas que desenvolveram o sentido da compaixão pelos infelizes, a hospitalidade para com o enfermo e a tolerância para com o louco podem integrar o doente à vida cotidiana. Uma das numerosas funções da medicina recentemente eclipsou todas as outras. É a tentativa de dominar a progressão de todas as doenças por meio de intervenções técnicas. Paradoxalmente, quanto mais a atenção se voltava para o domínio técnico da doença, mais importância ganhavam as funções simbólicas e não técnicas da aparelhagem técnica médica. Aventais brancos, meio asséptico, ambulâncias, sistemas de segurança, todo esse aparato ritual veio preencher principalmente funções mágicas e simbólicas (ILLICH, 1975, p. 67).

O processo de aculturação porque passou a sociedade - e passa, embora não sem resistências - com um “investimento terapêutico do meio” pela medicina, revestida de “eficácia simbólica”, torna as pessoas menos capazes de lidar de forma autônoma com as doenças, isto é, reduzem-se os limites dentro do qual o manejo autônomo da doença é possível à medida que a sociedade “começa a crer que toda doença deve ser eliminada” (ILLICH, 1975b, p.80, tradução nossa). Esse processo não é unilateral, isto é, não há apenas perdas relacionadas a tal “expropriação” de saber-poder, poderíamos dizer que há “ganhos secundários” pessoais e para a sociedade em delegar o cuidado para terceiros, isto é, “As coisas ruins da vida: velhice, morte, dor e deficiência são lançadas sobre os médicos para preservar as famílias e a sociedade de enfrentá-las”, assim como para “livrar os indivíduos” de se haverem sozinhos com alguns sofrimentos sociais, havendo benefícios em assumir o “papel de doente” (LEIBOVICI & LIÈVRE, 2002, p. 866; GAUDENZI & ORTEGA, 2012). As consequências disso para o fenômeno da medicalização são largamente observáveis e poderíamos listar algumas, partindo de um conceito de medicalização como “expansão dos limites da racionalidade biomédica com profissionais da saúde assumindo lugar de saber-poder” para:

- problemas “não-médicos” definidos e tratados como transtornos e doenças (CONRAD, 2005; 2010);
- comportamentos e Fatores de Risco;

- diferentes estágios e experiências na vida como o desenvolvimento infantil normal, gravidez e parto, envelhecimento, morte, luto etc.;
- problemas comuns e autolimitados substituindo o autocuidado, o cuidado doméstico ou de curadores informais (TESSER, 2010a); e
- sofrimentos sociais³⁹.

O primeiro destes é o conceito de medicalização que Conrad adota em diversos de seus trabalhos: “processo pelo qual problemas não-médicos são definidos e tratados como problemas médicos, usualmente como doenças ou transtornos” (CONRAD, 2010. p.1943, tradução nossa). No entanto, vimos que há muito a medicina não se atém apenas a doenças e toma, como problemas médicos, diversos aspectos da vida individual, familiar e social como a alimentação, a higiene corporal, o cuidado com as crianças, a sexualidade, o saneamento público, o uso de psicoativos, a criminalidade etc. O deslocamento da atuação médica do seu objeto primordial, a doença, para a saúde e seus determinantes não é um fato recente. O saber-prática continua pautado na definição de doença em oposição à de normalidade, embora a saúde desponte no cenário como uma concepção positiva, isto é, deixa de ser tomada apenas com uma concepção negativa, de “não estar doente, não ser portador de patologia ou, mais positivamente, estar em ‘parâmetros de normalidade sintomática’”, para ser entendida conforme a definição da Organização Mundial de Saúde adotada no pós-guerra (segunda guerra mundial) como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (LUZ, 2009). Entretanto, como aponta Caponi (1997, p. 300), a definição de bem-estar também não consegue

³⁹ Objeto de estudo de Poli Neto (2011) em sua tese de doutorado intitulada “Encontros no centro de saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social” o qual utilizou o termo no sentido atribuído por Kleinman (1995, p.101): “desde um ponto de vista histórico e transcultural como um aspecto universal da experiência humana em que indivíduos e grupos tem que se submeter ou enfrentar certas cargas, problemas, e graves ferimentos ao corpo e ao espírito que podem ser agrupados em uma variedade de formas”. Neste sentido, o termo “sofrimento social” seria capaz de abarcar um conceito mais ampliado do sofrer, sua complexidade, um produto da dialética de elementos do individual e singular com o social, universal.

superar a forte influência da normalidade presente no nosso entendimento de saúde e doença:

[...] lo que llamamos bienestar se identifica con todo aquello que en una sociedad, y en un momento histórico preciso, es valorizado como “normal” excluyendo, en consecuencia, todo aquello que desvalorizamos y consideramos como simple “anomalía” o “monstruosidad”.

As concepções negativa e positiva de saúde coexistem, como as duas faces de uma moeda, e juntas podem potencializar o processo de medicalização. Isto é, por um lado a ação em saúde continua pautada na necessidade de intervir sobre seus determinantes, sobre os riscos “à saúde”, sendo que “o que se tem em mente são problemas de saúde que se deseja evitar, corrigir ou minimizar, traduzíveis na racionalidade biomédica por doenças claramente identificadas” (CAMARGO JR., 2007, p.66) e, por outro lado, propõe a busca - e, portanto, a intervenção médica e de saúde para o alcance - de um estado de equilíbrio e perfeição inverossímil que abarca todas as dimensões da existência e da vida em sociedade:

Existe otro límite de la conceptualización dada por la VIII Conferencia que se vincula con aquel que señalamos al hablar del concepto de la OMS. Me refiero a la amplitud y extensión que alcanza una definición agregativa en la que todos, absolutamente todos, los órdenes de la existencia pueden ser pensados en terminus de salud-enfermedad: trabajo, alimentación, tiempo libre, placer, etc. En la medida en que aceptamos tal extensión corremos el riesgo de que todos los ámbitos de la existencia de los hombres puedan ser considerados como medicalizables. El ámbito de la asistencia y del saber médico (con toda la amplitud que este término implica) pueden ser extendidos inclusive a espacios aparentemente tan subjetivos e individuales como es, por ejemplo, el de la “felicidad” (CAPONI, 2007, p. 303)⁴⁰

Devido a esse empreendimento ao qual nossa sociedade tem-se dedicado, Foucault (2010, p.180-186) afirmou que viveríamos atualmente em “Estados médicos abertos”, caracterizados por um fenômeno de “medicalização indefinida”, em que “a medicina dos últimos decênios, além de se ocupar de coisas diversas dos doentes e doenças, começa a não mais ter campo exterior”.

⁴⁰ Nesta citação, Caponi alude à definição de saúde proposta na VIII Conferência Nacional de Saúde que contempla a múltipla rede de determinações da saúde: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

Sendo assim, vemos que o conceito em que *medicalizar é tornar problemas “não-médicos” em médicos* circunscreve o fenômeno de medicalização indefinida no âmbito da criação de novas categorias de doenças, patologias e transtornos, destacando-o de todas as outras possibilidades de expressão de medicalização postas pelo amplo campo de ação do saber-poder da medicina que atua sobre a saúde ou a doença. Poderíamos dizer que o que Conrad traz à tona é uma nuance extremamente atual deste processo, que tem se expandido e mostrado bastante promissor na sociedade de consumo, muito característico da pós-modernidade por ser propulsionado pelos novos sujeitos da medicalização, com destaque para a indústria farmacêutica e os usuários consumidores, mas também encontra “eco” no meio científico (BELL & FIGERT, 2012; CONRAD, 2005). A criação de novas doenças ou transtornos (que não quer dizer que sejam fruto de conhecimentos falsos ou de interesses escusos) encontra respaldo em novas disciplinas do conhecimento médico, como a epidemiologia clínica, dentro desta a *clinimetria*, que preza pela “observação e medição do fenômeno clínico [...], especialmente na descrição e predição do prognóstico, mas também [...] no diagnóstico” (SACKETT, 2002b, p.2-3). A apropriação de instrumentos de medição, quantificação, objetivação das variáveis clínicas pela medicina permitiu, por um lado, o reconhecimento de diversos fatores de risco (como, por exemplo, o tabagismo, que apenas em meados do século XX foi reconhecido como um risco para o câncer de pulmão) e variáveis diagnósticas (como os parâmetros laboratoriais ou fisiopatológicos), além da constante revisão de diversas práticas consolidadas que começaram a passar pelo crivo, a partir da década de 90, da Medicina Baseada em Evidências. Por outro lado, esta objetivação e quantificação do “fenômeno clínico” torna ainda mais tênue os limites entre doença e da normalidade, sujeitos ao estabelecimento de valores limite ou pontos de corte arbitrários:

[...] é a pesquisa epidemiológica que agora tem repetidamente demonstrado que a doença de fato é quase sempre um fenômeno quantitativo, em vez de categórico ou qualitativo, visto que não encontra nenhuma definição natural. O que primeiramente Pickering demonstrou ser verdadeiro com relação à hipertensão, agora parece ser mais a regra do que a exceção. [...] Nem mesmo a gravidez é definida pela natureza, mas antes se desenvolve em uma série de passos desde o mero potencial (um espermatozoide se deslocando para atingir o óvulo) até o estágio de óvulo fertilizado, implantação no útero (aparentemente a definição legal), gravidez bioquimicamente detectável, gravidez clinicamente evidente, feto humano reconhecível, feto viável e finalmente um bebê. A

resposta para “Quando a vida começa?” é um assunto arbitrário, não um fato natural (ROSE, 2010, p.62)⁴¹.

Rose reforça a natureza quantitativa da doença (e de outros processos vitais) estabelecida de acordo com um padrão de normalidade, para a qual Canguilhem já havia evidenciado dimensões valorativas e fenomenológicas:

A doença verdadeiramente forma um continuum de severidade, mas seu manejo requer um sistema de rótulos que sejam precisos. O grande erro não tem sido o uso da dicotomia diagnóstica, mas sim o fato de se considerar esse processo como a descrição da ordem natural, e não uma mera conveniência operacional. Políticas de gerenciamento requerem decisões do tipo “sim” ou “não”, tais como investigar ou não, internar ou não, tratar ou não o paciente. A tomada de decisão baseia-se em um processo que optamos por chamar de diagnose, mas o que isso realmente significa é que estamos diagnosticando um caso para ser tratado, e não uma entidade nosológica (ROSE, 2010, p. 64).

É justamente na atribuição do valor necessário para operacionalizar “conveniências” de tomadas de decisão clínica, que se observam diversas contradições e possibilidades de medicalização a partir da reconfiguração de entidades nosológicas. As ferramentas da epidemiologia clínica e as análises utilizadas pela medicina baseada em evidência podem contribuir para refutar ou respaldar mudanças nas definições diagnósticas ou predições de riscos, mas continuam a operar por meio de análises estatísticas que possam demonstrar a coerência dos valores atribuídos arbitrariamente, isto é, a partir de um julgamento acerca dos fatos naturais. O processo de definição de um problema em geral depende de uma ação valorativa de um conjunto de *experts* que definem o que deve ou não ser tratado (e como deve ser) a partir da experiência clínica e/ou da análise de achados de estudos epidemiológicos quanto aos seus desfechos⁴².

⁴¹ Rose se refere a George Pickering que demonstrou um *continuum* quantitativo entre hipertensão e normotensão: “George Pickering desenvolveu a proposta revolucionária em que a ideia de uma divisão nítida entre saúde e doença é um artifício médico” (ROSE, 2010, p.60).

⁴² Os desfechos clínicos são divididos em três categorias hierárquicas: primordial, intermediário e substituto (WANNMACHER, 2010, p. 5). O primeiro é o “evento de maior hierarquia na pesquisa clínica que corresponde em termos práticos, à condição percebida como relevantes pelo próprio paciente e tem grande impacto clínico. Mortalidade, morbidade, desconforto, disfunção, descontentamento e despesa (custo) são clássicos desfechos primordiais”. O intermediário que “corresponde a parâmetro fisiológico, fisiopatológico, comportamental ou de outra natureza que se associa de forma causal com desfecho primordial”, tem sido o mais amplamente utilizado por serem mais facilmente aferíveis, embora de evidência inferior e relação não-linear com os desfechos primordiais, como é o caso dos níveis de colesterol e de pressão arterial e sua relação com eventos cardiovasculares maiores. Isto é, muita intervenção tem sido justificada apenas por analogia fisiopatológica sem evidência de impacto final benéfico sobre o adoecimento, principalmente no que tange a mudanças de parâmetros por meio de intervenção farmacológica. Um exemplo, em destaque com a divulgação das novas diretrizes americanas para tratamento do colesterol

Para Moynihan, Heath e Henry (2002), a construção social da doença tem sido substituída pela construção corporativa da doença. No entanto, esta relação não é linear, isto é, a doença não é definida apenas corporativamente, por cúpulas de especialistas, nem apenas respaldada por estudos epidemiológicos com rigor metodológico e científico. Ela continua sendo fruto de uma complexa rede de construção social.

Segundo Conrad (2005), a medicalização é construída na interação entre profissões e instituições de saúde, movimentos sociais e grupos de interesse, organizações de “atenção gerenciada”, *managed care*, consumidores e indústrias farmacêutica e de biotecnologia. A partir destas forças, diversas entidades nosológicas são “reconhecidas”, mais do que descobertas ou identificadas, sendo que Conrad & Schneider (1992 *apud* FERRANTE, 2010) propõem cinco estágios pelos quais comumente passam um comportamento ou condição considerada anormal ou desviante em processo de medicalização: 1 – primeiramente é definida como anormal antes de receber uma definição médica; 2 – começam a haver publicações apontando a necessidade de atenção médica para tal condição desviante; 3 – grupos de interesse (de cidadãos-consumidores, de profissionais, companhias farmacêuticas) começam a fazer pressão via campanhas publicitárias ou no meio acadêmico para que a condição seja incorporada na lista de condições medicamente tratáveis; 4 – o Governo confere legitimidade para tal condição, subsidiando e autorizando a investigação médica e prestação de cuidados, a aprovação de medicamentos e tratamentos; e 5 – o diagnóstico e tratamento são aceitos e institucionalizados, passando a figurar nas classificações médicas oficiais, a ser incorporadas em pesquisas médicas com o argumento de procurar soluções curativas, de prevenir novos casos e de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

(<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a.full.pdf+html>), são as evidências insuficientes de que perseguir metas de colesterol (valores) com o uso de estatinas possa impactar em desfechos primordiais e não apenas nos intermediários. Por fim, o desfecho substituto é “passível de espelhar o efeito da intervenção sobre o desfecho primordial”, como por exemplo, a análise dos índices de internação hospitalar como desfecho substituto para medir o controle de certos agravos e doenças.

A forma de construção de novos diagnósticos é muito frequente no contexto dos EUA, que geram conhecimento e diretrizes para a prática médica e de saúde de todo o mundo, mas também ocorrem no contexto brasileiro, sendo que o passo 3 é facilmente observado na mídia brasileira (em programas de televisão de canais abertos e revistas impressas de grande circulação). Conrad (1992) aponta que o processo pelo qual novas condições são medicalizadas ocorre de maneira irregular, havendo condições totalmente medicalizadas (como o nascimento e a morte), algumas parcialmente (como a menopausa e o abuso de substâncias) e outras minimamente medicalizadas (como a violência doméstica ou a adição sexual), sendo que os fatores mais importantes na determinação destes graus de medicalização não são totalmente conhecidos, embora:

Certamente o apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções ou tratamentos, a existência de definições concorrentes, a cobertura por seguros de saúde e a presença de grupos que desafiam a definição médica provavelmente são fatores significantes (CONRAD, 1992, p. 220).

Toda a teia de construção social da doença reflete os aspectos macroestruturais, socioeconômicos de um determinado contexto, sendo que na grande maioria dos países de economia capitalista, centrais ou não, tem sido descrito um processo de medicalização chamado *disease mongering* ou “promoção da doença”⁴³, que ocorre por meio da definição de novas doenças com finalidades principalmente financeiras em benefício da indústria tecnológica de insumos médicos e farmacêuticos. Segundo Moynihan, Heath e Henry (2002, p.886), o termo significa “o alargamento dos limites de enfermidades tratáveis com a finalidade de expandir o mercado para aqueles que vendem e oferecem tratamentos”. Este conceito não agrega novos sentidos, diversos dos que já foram apresentados, no entanto enfatiza a influência dos interesses do capital nos novos entendimentos sobre saúde-doença no século XXI. É importante destacar que esse nível de influência de interesses corporativos, organizacionais sobre novos parâmetros de cuidados e conhecimentos, longe de serem isentos de viés (como propunha a ciência positivista em suas origens), são importantes agentes de medicalização que operam no contexto da clínica oficial ou biomédica, não se devendo

⁴³ Nas publicações em língua portuguesa ou espanhola (ainda muito informais, encontradas em blogs de profissionais e estudiosos e em comunicações de encontros científicos), o termo *disease mongering* tem sido traduzido também como “criação de doenças”, “mercantilização da doença” ou mesmo “tráfico de doenças”.

a um contexto de degradação da clínica individual e de responsabilidade do profissional. Ela age, portanto, no cerne do conhecimento biomédico, travestindo de cientificidade interesses outros que não a busca apenas do conhecimento do mundo biológico, do natural, respaldados pela ética e o humanismo.

A mercantilização da doença usualmente é viabilizada por meio da transformação de males comuns e problemas pessoais em problemas médicos, sintomas leves em problemas sérios, de riscos em doenças e do delineamento de estimativas de prevalência para maximizar mercados em potencial, carregando consigo:

[...] os perigos de rotulagem desnecessária, decisões terapêuticas inadequadas [ou pobres], doenças iatrogênicas e desperdício econômico, assim como os custos oportunos que resultam quando recursos são desviados do tratamento ou prevenção de doenças mais sérias. Em um nível mais profundo, ela [a medicalização inapropriada] pode ajudar a alimentar obsessões não saudáveis com a saúde, obscurecer ou mistificar explicações políticas e sociológicas para os problemas de saúde, e focar atenção indevida em soluções farmacológicas, individualizadas e privatizadas. Mais tangivelmente e imediatamente, os custos de novos medicamentos direcionados para pessoas essencialmente saudáveis está ameaçando a viabilidade de sistemas de seguro-saúde universais com financiamento público (MOYNIHAN, HEATH, HENRY, 2002, p.886, tradução nossa).

O fenômeno de *promoção da doença* abarca a dupla mensagem do trocadilho “*a pill for every ill*” e “*an ill for every pill*”, isto é um medicamento para cada enfermidade, assim como, uma (nova) enfermidade para cada (nova) pílula (CONRAD, 2010). Isso nos remete, tanto à criação de novas enfermidades quanto à função comercial do medicamento em uma sociedade de consumo altamente medicalizada.

De fato, a *Medicamentalização*, ou o uso excessivo e inadequado de medicamentos, é no senso comum o principal sinônimo de medicalização. Esta nuance extremamente prevalente da medicalização apresenta muitos e diferentes significados no que concerne à medicamentação, podendo compreender inúmeras situações de uso de medicamentos (por automedicação ou prescritos por profissionais legalmente habilitados⁴⁴):

⁴⁴ No Brasil, além de médicos e odontólogos, outros profissionais de saúde são habilitados para prescrever medicamentos industrializados ou suplementos nutricionais conforme as leis que regulamentam as respectivas profissões: enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas. Este tema é de grande disputa entre as categorias profissionais, que argumentam em relação à segurança dos usuários

- com eficácia não comprovada para o agravo em questão⁴⁵, como no caso da prescrição *off-label*⁴⁶, isto é, “a prescrição para uma indicação/doença/doente fora das indicações aprovadas ou efetuada em populações não estudadas [...] ou, ainda, utilizando vias de administração e dosagem não aprovadas”, que podem ser empregadas para “[...] tratar pacientes que tenham uma certa condição que, por analogia com outra semelhante, ou por base fisiopatológica, ele [o médico] acredite possam vir a se beneficiar de um determinado medicamento não aprovado para ela” (VAZ CARNEIRO & COSTA, 2013, p. 682; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005);
- industrializados que substituem terapias populares e domésticas eficazes;
- por tempo prolongado ou indeterminado baseado na experiência pessoal do profissional prescritor, em consenso de especialistas⁴⁷, ou mesmo auto-administrado;

(seja em defesa de restringir a prescrição à categoria médica ou à de ampliá-la para as outras profissões almejando reduzir a automedicação e aumentar o uso racional e orientado de medicamentos) e ao acesso à terapêutica racional (em defesa da ampliação para outras categorias). Sem aprofundar nestas questões em disputa, muito mais nos interessa, em relação à medicalização, a luta contra a automedicação e a autonomia, e principalmente, o poder e a legitimidade social que o ato de prescrever medicamentos confere aos profissionais de saúde, tornando sinérgicas a medicalização, a hegemonia da biomedicina e de práticas de saúde heteronômicas e a busca por consolidação de diferentes profissões da saúde.

⁴⁵ O que engloba grande parte das terapias medicamentosas utilizadas, que tem evidências pouco sólidas do ponto de vista experimental, porém incorporadas pela prática médica e geralmente na bula dos medicamentos, como, por exemplo, o uso de mucolíticos e expectorantes no tratamento sintomático de doenças respiratórias, principalmente em crianças; ou ainda o uso de multivitamínicos para os mais variados tipos de queixas, frequentemente para “enfermidades” (*illness*).

⁴⁶ Informe Técnico do Ministério da Saúde (2012) afirma que “o termo deveria ser aplicado apenas para o uso irrestrito e inseguro, quando não há evidências científicas”, contrapondo às situações em que há evidências suficientes, porém não registradas ou aprovadas pela ANVISA e não inseridas na bula.

⁴⁷ Poderia ser encampado pelo conceito de *off-label*, visto que a experiência pessoal e a opinião de especialistas (mesmo sendo os principais embaixadores da grande maioria das intervenções terapêuticas) têm o menor nível de evidência (ou mesmo evidência insuficiente), de acordo com os graus de recomendação terapêutica da Medicina Baseada em Evidências (WANNMACHER, 2010). No entanto, neste conceito pretendo dar ênfase à durabilidade do tratamento e não à eficácia, como no caso da recomendação de uso contínuo de estatinas a partir de sua prescrição inicial, *ad aeternum*, interrompido apenas em caso de eventos adversos. Ver *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia* do Ministério da Saúde em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_dislipidemia_prev_ev_card_pancreas.pdf

- na terapêutica de problemas leves e autolimitados;
- para enfermidades – *illness* - ou para supressão de sintomas somáticos ou psíquicos que tenham causalidade *bio, psico* ou *social*⁴⁸;
- para fatores de risco, *pré-doenças*, doenças, transtornos ou síndromes⁴⁹ que sejam suscetíveis à intervenções não-medicamentosas mais eficazes e/ou menos iatrogênicas, e muitas vezes não restritas ao setor saúde;
- “quimioprofilaxia” ou prevenção de agravos⁵⁰;
- para compensação ou “prevenção” de efeitos indesejáveis de outras terapias medicamentosas;
- em doses subterapêuticas por período prolongado/indefinido em situações em que medicamentos nem mesmo seriam necessários ou possuem indicação questionável⁵¹;

⁴⁸ Referente ao entendimento da causalidade biopsicossocial do processo saúde-doença: fragmentando o termo intencionalmente no sentido de destacar que ora um ou outro fator causal se sobressai, não tendo o mesmo peso em cada situação singular. Para um entendimento ampliado do processo saúde-doença que busca superar os determinismos sobre a saúde, consultar *Clinica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde* (CAMPOS, 2009).

⁴⁹ Este espectro apresenta-se como um *continuum* do fenômeno (quantitativo) do adoecimento respaldado pela história natural da doença e pela distribuição populacional das enfermidades que envolvem os fatores de risco, as pré-doenças (estados intermediários com alterações fisiopatológicas que podem ou não evoluir para doenças, recentemente definidas por meio de análises estatísticas que consideram o Risco que essas condições têm de evoluir) e as doenças. Os transtornos são “perturbações do estado de normalidade”, muito utilizados na área de saúde mental, compostos por um conjunto variável de sinais e sintomas. As síndromes podem configurar algumas doenças com nosologia bem definida ou apenas um conjunto aleatório de sinais e sintomas psíquicos e somáticos que podem ganhar diferentes rótulos, entre eles o de transtornos funcionais, como as “síndromes somático-funcionais”.

⁵⁰ Como no caso do antirretroviral *Truvada* (associação de emtricitabina e tenofovir) aprovado pelo nos EUA para profilaxia do HIV em adultos soronegativos com alto risco de infecção pelo vírus. A decisão, segundo o FDA, foi embasada em estudos que envolviam grupos de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e de casais sorodiscordantes. Disponível em: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm312202.htm>

⁵¹ Por exemplo, na “epidemia” que tem sido observada no cotidiano da prática na atenção básica (relatada por muitos médicos de família e comunidade durante encontros científicos da área e, também, observada pela autora) do uso de Levotiroxina (hormônio tireoidiano sintético) na dosagem de 25µg de forma continuada (e não apenas no início do tratamento, como indicado em idosos e cardiopatas, por exemplo) para tratamento de hipotireoidismo subclínico ou mesmo alterações limítrofes de TSH (hormônio tireoestimulante), geralmente tomado como parâmetro independentemente dos sinais clínicos.

- como principal intervenção terapêutica ofertada pelos profissionais e sistemas de saúde, dentre as inúmeras possibilidades de intervenção e manejo dos problemas para os quais os usuários demandam cuidados; e
- como a principal demanda dos usuários, ou intervenção adotada por estes atores, na busca de solução de enfermidades e agravos em saúde.

O uso *off-label* de medicamentos já aprovados tem sido uma das grandes estratégias de expansão do mercado e mecanismos de medicalização⁵². Com o desenvolvimento tecnológico e econômico da indústria farmacêutica, a importância dos fármacos no fenômeno da medicalização tem se tornado cada vez maior e mais complexo, levando alguns autores a sugerirem a adoção do termo *Farmacologização* (do inglês *pharmaceuticalization*) como mais adequado para este fenômeno pós-moderno, que seria “o processo pelo qual condições sociais, comportamentais e somáticas são tratadas, ou o tratamento/intervenção são considerados necessários, com fármacos por médicos, pacientes ou ambos” conforme John Abraham (2010a, p.290 *apud* BELL & FIGERT, 2012, tradução nossa). Esse conceito busca dar maior destaque para o papel do usuário como consumidor, do mercado e complexo médico-industrial neste processo, com a profissão médica, sendo apenas um dos atores, mas não mais a principal responsável ou disparadora do processo.

O conceito de *Biomedicalização*, do inglês *biomedicalization*, surge com propósitos muito semelhantes, se propondo a ser mais adequado no contexto da pós-modernidade por tentar traduzir as influências das novas tecnologias médicas sobre a medicina e a opinião pública, esta que seria “mais um ator a corroborar a convicção de que a capacidade do corpo, em tese, é ilimitada” (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2003). Sendo assim, o fenômeno da medicalização seria

compreendido por uma nova economia biopolítica da medicina, saúde e doença, por mudanças nas formas de viver e de morrer, pela formação de uma

⁵² Como exemplos, o uso de GH (hormônio do crescimento) para baixa estatura normal (nos limites inferiores da normalidade) e o de sildenafil para melhorar a *performance* sexual (CONRAD & LEITER, 2004; VAZ CARNEIRO & COSTA, 2013).

arena complexa na qual os conhecimentos biomédicos, serviços, tecnologias são cada vez mais intrincados, e por um novo e cada vez mais acirrado foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração do risco e da vigilância no nível individual, grupal, e de população. (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA, 2013).

A nova biopolítica, a biomedicalização, operaria não mais por estratégias disciplinares ou medidas comportamentais de forma isolada, mas uma disciplina mediada pela adesão a certas tecnologias, medicamentos, procedimentos, isto é, “a modificação do comportamento em saúde com uma resposta positiva para as recomendações biomédicas” (GIAMI & PERREY, p. 353). Como exemplo, podemos citar o uso de medicamentos para melhorar a performance cognitiva (p.ex. Ritalina), ou o uso de antirretrovirais na quimioprofilaxia do HIV (p.ex. Truvada), que produzem novas formas de lidar com o corpo e comportamentos saudáveis, desculpabilizando certos comportamentos, mas enquadrando-os no âmbito da intervenção médico-tecnológica.

Há, ainda, outro neologismo que nos interessa na conceituação da medicalização, o que Conrad (1992, p.223, tradução nossa) chama de algo como “saudicização”, do inglês “healthicization”, diferenciando-o do primeiro:

Com a medicalização, definições e tratamentos médicos são ofertados para problemas sociais ou eventos naturais prévios; com a saudicização, definições sociais e comportamentais são propostas para eventos previamente definidos como biomédicos (como por exemplo, a cardiopatia). Medicalização propõe intervenções e causas biomédicas; saudicização propõe intervenções e causas comportamentais e de estilo de vida. Um torna a moral uma questão médica, outro torna a saúde uma questão moral.

A *healthicization* é uma nuance da medicalização operada por propostas que configuram as novas “moralidades” da saúde pública e da prevenção, partindo de uma concepção positiva de saúde. É o caso da promoção da saúde, ou a medicina promotora, como propõe Nogueira (2003, p. 178-179):

[...] a medicina promotora concentra esforços na utilização de uma infraestrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos que se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mau para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve. Recolhendo e sistematizando os resultados da incessante investigação epidemiológica em escala internacional, a medicina promotora defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornais ou usuários da internet. Enfim, a medicina promotora busca *promover* novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na

sociedade, e não apenas mudar o comportamento do médico. Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que de uma adequada utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde. Mas, no fundo, a medicina promotora é apenas uma versão cientificamente mais desenvolvida da higiene e mantém a mesma ambição de direcionar a totalidade da existência humana em nome de um valor social único, que é a saúde. Na sua pregação dos “hábitos saudáveis”, que resultam de uma responsabilização do indivíduo por cada aspecto de sua vida, a medicina promotora faz valer a mesma normalização educativa que se fazia presente na disciplina clássica da higiene do final do século XIX e começo do século XX [...]

Pois bem, podemos perceber como todos os fenômenos atuais da medicalização, que podem mesmo “prescindir da figura do médico”, como vimos nos últimos conceitos, encontram-se extremamente relacionados, em essência, com as primeiras configurações da medicalização, contemporâneas ao nascimento da clínica e da medicina social. Se é que estamos autorizados a tentar atribuir uma essência para um fenômeno tão complexo e polissêmico, cujo conceito raiz seria o “controle do social pelo saber-poder médico”, arriscaria apontar três características que parecem perpassar as diferentes ramificações conceituais, embora de forma irregular, apresentando diferentes matizes em cada conceito que se cruzam: a *heteronomia*, que carrega em si a assimetria de poder, de conhecimento, de decisão; o *reducionismo biológico*, seja na definição, explicação ou intervenção sobre os problemas; a *cientificização da experiência humana*, que determina e é determinada pelos outros dois.

Nesta seção, não aprofundamos em muitos dos conceitos apresentados, o que pretendemos fazer à luz dos resultados da pesquisa de campo a fim de nos atermos ao que tem maior valor de uso para compreender e enxergar o fenômeno de medicalização na atenção primária à saúde. Em seguida, fazemos uma breve incursão no tema das *iatrogenias*, nos efeitos negativos de tal fenômeno.

2.2. Da invisibilidade dos efeitos negativos das práticas de saúde às várias faces da iatrogenia

É importante dedicarmos uma parte da discussão aos efeitos negativos da prática sanitária, o que justifica a importância de dar visibilidade à medicalização e não permite que caiamos na armadilha de uma “teoria conspiratória” ou em um discurso *antimedicina*, com pouco embasamento na realidade e que pouco ou nada agregue na tentativa de superação das contradições existentes no conhecimento e práticas médicas e de saúde. Brzowski & Caponi (2013, pp.217-218) atentam que dar ênfase e criticar o processo de medicalização não é uma forma de negação dos sofrimentos humanos:

Pelo contrário, tem como objetivo alertar a sociedade sobre: (1) o uso excessivo de medicamentos, que podem apresentar inúmeros efeitos adversos, (2) a transformação de situações que poderiam ser resolvidas sem a interferência médica em doenças, (3) o uso comercial que as grandes empresas da saúde fazem do sofrimento humano e (4) a falta de apoio e de reflexão social sobre a configuração de nossa própria sociedade e de suas instituições [...]

Há registros do reconhecimento dos efeitos danosos da prática sanitária desde a Antiguidade, tendo destaque a penalização prevista no Código de Hamurabi (2400 a.C.) - "O médico que mata alguém livre no tratamento ou que cega um cidadão livre terá suas mãos cortadas; se morre o escravo paga seu preço, se ficar cego, a metade do preço" - e o preceito hipocrático de *primum non nocere* – “primeiro não causar dano”, precursor do princípio bioético da *não-maleficência* (GOMES, 2009). A palavra iatrogenia, ou iatrogênese, tem sua etimologia no grego *iatrikós*, relativo ao médico ou à medicina, e em *genesis*, força produtora, geração, criação, origem, e segundo o dicionário Houaiss (2009, p.1040) significa “geração de atos ou pensamentos a partir da prática médica”, sendo frequentemente empregado “para designar os erros da conduta médica”. Na literatura médica, é um termo comumente utilizado para designar a origem de lesões, reações adversas, disfunções orgânicas ou mesmo patologias em intervenções diagnósticas ou terapêuticas de outros agravos, tendo, no meio médico, um valor moral negativo que remete ao “erro médico”, fruto de inadequações de

condutas individuais corroboradas frequentemente por problemas ou insuficiências dos serviços (organizacionais). Essa concepção de *iatrogenia* é reducionista, pois atenta apenas para os danos biológicos ou somáticos e atribui sua causa apenas ao erro por falta de conhecimento, de habilidade ou de “bom senso” do profissional, portanto, por imperícia ou imprudência, ou por falta de estrutura e condições adequadas de trabalho.

Em verdade, praticamente todo o instrumental diagnóstico e terapêutico que os médicos lançam mão em sua prática – de acordo com os preceitos científicos e éticos - tem um potencial iatrogênico. Além disso, os fatores geradores de iatrogenia não se resumem aos efeitos inesperados de mecanismos químicos, físicos ou biológicos, mas também, e principalmente, derivam do arcabouço teórico-conceitual do saber-prática médicos, que, por todas as contradições que discutimos até aqui, apresenta “uma propensão iatrogênica intrínseca que não pode ser chamada de distorção” e está inscrita nas raízes epistemológicas da biomedicina (CAMARGO JR., 2005, p.197). Como aponta Illich (1975a, p. 38):

[...] incompetência em matéria de tratamento ou por falta ao dever, por avidez de lucro ou por preguiça. A maior parte dos danos infligidos pelo médico moderno não se enquadra em nenhuma dessas categorias. Na verdade são produzidos na prática diária de homens bem formados, que aprenderam a agir conforme o quadro de valores e as técnicas admitidas pela profissão, e foram treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam.

Campos (2009a) sugere quatro planos⁵³ para avaliação dos resultados do trabalho em saúde sob uma ótica ampliada: (1) eficácia, (2) co-construção de autonomia; (3) produção do menor dano possível; (4) eficiência. Um deles, portanto, é o da avaliação das iatrogenias que, como o autor (CAMPOS, 2009a, p.49, grifo nosso) bem explicita, são inseparáveis das práticas de saúde, sendo possível atuar na “redução de danos” por meio do compartilhamento de saberes e decisões no encontro

⁵³ Interessante destacar que estes planos remetem (intencionalmente ou não) ao quatro princípios clássicos da bioética: beneficência, autonomia, não-maleficência e justiça social. A eficácia remete à capacidade de uma tecnologia produzir resultados positivos sobre a saúde individual e/ou coletiva; a efetividade à beneficência de fato, no contexto real. O conceito de coconstrução de autonomia é muito pertinente e é melhor discutido na próxima seção: “capacidade de expressar desejos e interesses e compor contratos ou redes com outros”. Quanto à eficiência, esta remete ao custo-benefício favorável de uma prática efetiva ou “ao máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo” (SILVA & FORMIGLI, 1994, p.83), que se alinha ao princípio da justiça social, da equidade em saúde, de aplicação de recursos de forma eficiente para benefício dos indivíduos, coletividade, priorizando os mais vulneráveis.

com o indivíduo ou o “coletivo”:

[...] *primum, non nocere*; primeiro, provocar o mínimo de efeito colateral ou de iatrogenia possível. Todo procedimento sanitário, em tese, produz algum benefício ao esclarecer um quadro ou assegurar um efeito preventivo ou terapêutico, mas produz também algum efeito nocivo. As intervenções sobre o corpo ou sobre o modo de vida das pessoas nunca são inócuas. Produzem efeitos em diversas direções, mesmo em sentido não esperado. Isso vale tanto para efeitos de fármacos, cirurgias e procedimentos diagnósticos, quanto para analisar os efeitos do discurso e das recomendações técnicas sobre as pessoas. *Se há um poder terapêutico da palavra e do apoio, há também, sempre, algum efeito indesejado provocado a partir dessas interações subjetivas. Todo trabalho em saúde provoca algum tipo de dependência e produz alguma forma de controle social do sistema sobre os usuários. Sempre, por mais compartilhadas sejam a clínica e saúde coletiva. O antídoto é o exame dos efeitos produzidos de maneira franca e compartilhada [...]*

A iatrogenia, particularmente a iatrogenia clínica, está intrinsecamente ligada ao trabalho médico e de saúde. Alguns autores a dividem entre iatrogenia negativa e positiva – a primeira decorrente da omissão, da não realização de intervenções com comprovado efeito benéfico (equivalente à negligência), a segunda da intervenção lesiva – e entre iatrogenia somática e psioiatrogenia, esta remetendo aos danos psíquicos ou subjetivos (SCHMIDT *et al*, 2011). A psioiatrogenia seria também uma “não-doença iatrogênica”:

Essa não-doença se manifesta sob a forma de invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem frequentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito. Em certos casos o diagnóstico baseou-se na ignorância do médico; noutros, num erro do laboratório de análises, ou mesmo num mal-entendido com o paciente (ILLICH, 1975a, p. 36).

Percebemos que a iatrogenia – somática e subjetiva - pode nascer das contradições do saber (insuficiente para compreender o sofrimento humano e o adoecimento de forma ampliada) e das intervenções, não somente relacionadas ao instrumental de apoio diagnóstico-terapêutico, mas também da relação médico-paciente, em sua dimensão comunicacional e simbólica. Balint há muito levantou essas questões dos efeitos da interação profissional-pessoa, alertando inclusive que seria necessário melhor conhecer a “farmacologia” da droga mais prescrita na prática clínica, “o próprio médico”:

[...] em que dosagem o médico dever prescrever a si mesmo, em que apresentação e posologia, quais suas doses de cura e manutenção, etc. Ainda mais inquietante é a falta de literatura sobre os possíveis riscos deste tipo de medicação, sobre as diversas condições alérgicas observadas em pacientes

diferentes, as quais devem ser cuidadosamente observadas, ou sobre os efeitos secundários indesejáveis da substância (BALINT, 1988, p.1).

Esta dimensão relacional comportaria, portanto, duas formas principais de iatrogenia: a simbólica e a comunicacional. Chama a atenção que essas duas categorias remetem mais aos *meios ou fatores* causadores dos danos, do que a estes propriamente ditos. O conceito de iatrogenia também é polissêmico, podendo remeter a fenômenos que se encontram em distintos planos, porém que estão interligados.

Poderíamos falar, no plano que remete aos danos das práticas sanitárias, em iatrogenias *clínica, social e estrutural* ou cultural, no plano relacionado aos fatores ou processos contribuintes, em iatrogenias *simbólica, institucional, comunicacional e longitudinal* (ILLICH, 1975a; TESSER, 1999; SOARES, 1995; SCHMIDT *et al*, 2011, CUNHA, 2007). Como veremos com a apresentação dos conceitos, estas classificações são arbitrárias, isto é, não existem no mundo real “as 7 iatrogenias” isoladas uma da outra, nem apresentam limites definidos, isto é, uma iatrogenia simbólica pode levar a iatrogenias clínicas e sociais e vice-versa. A escolha de nomeá-las de tal forma deve-se à intenção de demonstrar a complexidade deste fenômeno e, evidenciar, a partir destes múltiplos significantes presentes na literatura, como é rica a expressão da iatrogenia, paradoxalmente com pouca visibilidade social e percepção aquém da sua real ocorrência.

A *iatrogenia clínica*, como vimos, refere-se aos danos biopsicossociais (doenças e enfermidades) individuais causados pela intervenção sanitária. A *social* remete aos danos relativos à reconfiguração de uma sociedade em que a saúde se torna objetivo central da existência, não um meio, e em que uma instituição (ou as profissões de saúde) monopoliza o saber e a intervenção sobre todos os aspectos da vida humana, da saúde ou da doença, levando

[...] o público deslumbrado pela tecnologia médica acreditar que a saúde de uma sociedade aumenta na exata medida em que seus membros venham a depender de próteses sob a forma de medicamentos, terapêuticas, internações diversas e controles preventivos (ILLICH, 1975a, p. 44)

A *iatrogenia social* remete à medicalização como “controle do social”, resultando na redução de autonomia das pessoas em lidar com a saúde e a doença, na dependência do consumo de tecnologias biomédicas, na destinação de parcela

expressiva e crescente do orçamento doméstico e nacional para financiar os gastos com saúde (“medicalização do orçamento”), na “etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana” (ação médica sobre os ciclos de vida normais, como o desenvolvimento infantil e o envelhecimento) e na “eliminação do status de saúde graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente” (ILLICH, 1975a, p.56,71).

A *iatrogenia estrutural*, também chamada de cultural ou simbólica, cujo dano é “a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte” (TESSER, 2006, p.63). Illich (1975a) aborda como a concepção negativa de saúde veiculada pela prática médica e compreendida (de forma implícita) como ausência de dor, de anomalias, de doenças e evitação da morte, promoveu a perda da capacidade de resolução dos problemas de saúde-doença *de forma estrutural na espécie humana*, transformando o artigo do cuidado com o corpo e enfermidades uma prática essencialmente heteronômica e em um bem de consumo que se procura acessar incessantemente:

À medida que os medicamentos se tornaram mais eficazes, os seus efeitos secundários de ordem simbólica começaram a revelar-se mais e mais nefastos à saúde. [...] Em vez de mobilizar e ativar a capacidade do paciente para livrar-se do mal, ou a comunidade para cuidar dele, a magia médica moderna o transforma em espectador mudo e mistificado (ILLICH, 1975a, p.68).

A *iatrogenia simbólica* também pode ser tomada com outro significado, no âmbito comunicacional e próximo do conceito de “violência simbólica”, como o trazido por Tesser (1999) - a partir de pesquisas realizadas por Luz (org., 1997), em que o mau uso do poder médico (simbólico) pode resultar em danos para os pacientes, isto é, a falta de atenção ou habilidade do profissional em lidar com as representações sociais de saúde-doença do usuário pode levar os usuários a significarem as mensagens – verbais e não-verbais – como reforço de dúvidas, incertezas ou mesmo de gravidade quanto ao seu estado de saúde, podendo reforçar o papel de doente, isto é, induzir à cronificação de tal papel, a partir da não exploração dos significados da enfermidade e das representações do enfermo. A violência simbólica, que poderíamos incluir como uma dimensão deste tipo de iatrogenia, remeteria mais à desorganização do universo simbólico do paciente sobre si e seu adoecimento, a partir do desprezo do profissional quanto à subjetividade daquele (TESSER, 1999).

A *iatrogenia comunicacional*, em contiguidade e sobreposição com a simbólica, pode apresentar distintos significados, remetendo aos efeitos que a linguagem verbal e não-verbal – tanto do profissional quanto do usuário - podem provocar sobre a saúde ou a percepção desta. A iatrogenia comunicacional pode dever-se a diversos fatores, além do “despreparo técnico”⁵⁴ em desenvolver uma boa comunicação profissional-pessoa, há os fatores subjetivos que atravessam a relação, como a relação transferencial e contra-transferencial⁵⁵, que, sendo da ordem do inconsciente, não são totalmente controláveis, muitas vezes vindo à tona por meio de linguagem não-verbal.

Outra perspectiva da iatrogenia “mediada pela linguagem” é nomeada, por Wilberg⁵⁶ (2013, grifo do autor, tradução nossa), “iatrogenia comunicativa”, em que a percepção do indivíduo acerca de sua enfermidade, tendo como parâmetro a linguagem do “corpo” ou biomédica, é de certa forma induzida pela concepção ontológica da doença:

A dimensão intrinsecamente *iatrogênica* da medicina biológica reside no fato de que em muitos casos *os pacientes não vão a médicos simplesmente porque estão doentes. Ao contrário, eles ficam doentes com a finalidade de ir ao médico* – para criar oportunidades através do encontro clínico para a comunicação indireta e reconhecimento de seu mal-estar existencial e sofrimento relacionado à vida. [...] Iatrogenia comunicativa pode ser entendida como uma dimensão fundamental do que o próprio Illich chama de iatrogenia “cultural e simbólica” - doença biomedicamente diagnosticável sendo uma senha culturalmente determinada e simbólica para a obtenção dos procurados reconhecimento e comunicação do sofrimento vital de um indivíduo sofrendo por meio de uma doença [enfermidade] no contexto de encontro clínico.

A *iatrogenia longitudinal* é um termo empregado por Tesser (1999, p. 84) - “à falta de termo melhor” como o próprio autor diz - e retomado por Cunha (2007) para se

⁵⁴ As habilidades de comunicação não são comumente valorizadas na formação médica, sendo ainda pouco reconhecidas como técnicas ou abordagens que podem ser aprendidas e apresentam grande potencial terapêutico, bem como iatrogênico, se mal (ou não) aplicadas.

⁵⁵ Conforme Schmidt et al (2011, p. 147) “[...] a transferência é vista como um processo também inconsciente em que um modelo arcaico de relação com o outro é presentificado junto a situações e pessoas atuais, trazendo de volta expectativas positivas e negativas. [...] O termo contratransferência, por sua vez, é utilizado em referência aos movimentos do médico em relação a seu paciente, no contexto do tratamento. Esses sentimentos, na maior parte das vezes positivo, podem, no entanto, aparecer também como desinteresse, pouca disponibilidade, ou mesmo franca rejeição.”

⁵⁶ Peter Wilberg se autointitula um pensador autônomo (não vinculado à academia) e tem várias publicações (livros e artigos) especialmente no campo da “medicina existencial”, fortemente embasado pela filosofia. Ver mais em: <http://existentialmedicine.wordpress.com/>

referir à iatrogenia causada pela *falta* de longitudinalidade, de continuidade, induzida pela fragmentação do cuidado médico e de saúde em múltiplas especialidades. Isto é, a fragmentação do cuidado, a superespecialização no âmbito da biomedicina, faz com que “ela [a biomedicina] só pode tratar a longo prazo, longitudinalmente, de uma doença” (TESSER, 1999, p. 83), o que dificulta o reconhecimento e o acompanhamento de danos, iatrogenias clínicas (somáticas e psíquicas), caso estes acometam diferentes sistemas ou órgãos que não o da especialidade em que se iniciou o acompanhamento, o que quase invariavelmente resulta no encaminhamento ou solicitação de parecer (este pode ser menos danoso que o primeiro, visto que pressupõe a manutenção da responsabilidade ou coordenação do cuidado pela clínica de origem), sem o estabelecimento de inter-relação entre os eventos e de abordagem integral e longitudinal do sujeito. Entretanto a superespecialização na medicina e a fragmentação do cuidado não causam apenas a iatrogenia do tipo “longitudinal”, mas também “transversal”, isto é, predispõe-se à iatrogenia clínica (por erro médico ou não), social e demais pelo foco na “doença do médico”, no órgão ou sistema, e não no sujeito e no seu adoecimento singular, a despeito de haver acompanhamento longitudinal ou não:

A incorporação e a preponderância de especialistas focais para lidar com a complexidade do processo de adoecimento humano na atualidade não se fariam sem maiores consequências. No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), a exposição desses especialistas à complexidade dos agravos relacionados à violência, à desestruturação social, às mudanças climáticas e às catástrofes ambientais, assim como às doenças crônicas e a outras condições que acompanham o processo de envelhecimento da população, cada vez mais prevalentes, resulta no uso intensivo, inadequado e ineficaz de biotecnologias caras, invasivas e, ainda, potencialmente iatrogênicas (RODRIGUES & ANDERSON, 2012. p.62-63, grifo nosso).

Por outro lado, Tesser (1999) aponta que a iatrogenia longitudinal estaria inscrita no saber-fazer da racionalidade médica ocidental por esta não reconhecer associações entre adoecimentos em que não estejam claros os mecanismos fisiopatológicos que as justifiquem, ao contrário de outras racionalidades médicas (como algumas práticas integrativas e complementares) que possuem explicações integrais para o adoecimento do sujeito, que extrapolam os limites do conhecimento fisiopatológico da biomedicina. Por fim, poderíamos acrescentar um terceiro sentido para a iatrogenia longitudinal: o de *cascata iatrogênica*, isto é, quando uma primeira intervenção (necessária ou não) - seja a prescrição de medicamentos, exames ou procedimentos - causa um dano, sendo

necessária uma nova intervenção para correção do outro dano, o que também pode gerar “eventos adversos” (muitas vezes esperados), e assim por diante, causando iatrogenias que se somam com o tempo, geralmente observadas (quando são reconhecidas e não apenas tratadas como uma nova entidade mórbida e por um novo especialista) de forma retrospectiva (longitudinal). Pérez-Fernández & Gervas (2002,p.66) apontam algumas causas para o “efeito cascata”:

Si el médico decide actuar, bien porque sospecha que hay enfermedad, bien para tranquilizar al paciente (y para tranquilizarse a sí mismo) o cumplir con protocolos y guías diagnósticos, terapéuticos o preventivos, pone en marcha una cascada de intervenciones clínicas. Por supuesto, si la decisión es juiciosa, los perjuicios se compensarán con los beneficios y el resultado será positivo; en otro caso, el daño causado no tendrá compensación, y el resultado será negativo.

Este tipo de cascata é muito frequente e discutida no âmbito da geriatria, sendo que a iatrogenia é considerada a “principal síndrome geriátrica potencialmente reversível ou até mesmo curável”, dentre os 5 “Is” que representam as síndromes geriátricas mais importantes⁵⁷ (MORAES, SANTOS & ROMANO-SILVA, 2008, p.444). Moraes, Santos & Romano-Silva (2008) listam uma série de situações relacionadas à iatrogenia, particularmente entre os idosos: iatrofarmacogenia⁵⁸, perigos associados à internação hospitalar (infecções, subnutrição, imobilidade, outros), iatrogenia da palavra, iatrogenia do silêncio, subdiagnóstico, cascata propedêutica, distanásia, prescrição de intervenções fúteis e/ou sem comprovação científica e iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras⁵⁹. Essas situações listadas pelos autores demonstram a complexidade do fenômeno da iatrogenia, nas suas diversas expressões, inclusive relativo ao último conceito, o ligado ao institucional, o qual remete às escolhas do ponto de vista organizacional quanto ao tipo de equipe, de cuidado, de técnicas, de protocolos, de tecnologias a serem adotados pela instituição.

⁵⁷ Imobilidade, Incontinência, Instabilidade postural, Incapacidade cognitiva e Iatrogenia.

⁵⁸ “Malefícios associados ao uso de medicamentos, polifarmácia, interação medicamentosa, desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento” (MORAES, SANTOS & ROMANO-SILVA, 2008, p.443).

⁵⁹ “[...] da mesma forma que a polifarmácia, pode ser maléfica; o excesso de ‘equipe interdisciplinar’ também pode trazer consequências desfavoráveis para o paciente. A priorização é fundamental tanto na escolha de drogas a serem utilizadas quanto na definição dos profissionais que participarão do trabalho interdisciplinar” (MORAES, SANTOS & ROMANO-SILVA, 2008, pp.443-444, grifo do autor).

A *iatrogenia institucional* representaria, portanto, os danos causados por fatores ligados às características das instituições de saúde, desde a sua conformação mais concreta (relacionada à estrutura física, materiais e insumos) e às diretrizes político-organizacionais (processo de trabalho, missão da instituição etc.), sendo:

[...] muito complexa, onde a gênese do acto lesivo começa na política de Saúde do País, prossegue pela forma de gestão das instituições prestadoras de cuidados e culmina em acções convergentes de factores intrínsecos do edifício, ou relacionados com os seus segmentos e instrumental, adicionados às acções e omissões de profissionais múltiplos, os médicos entre eles (SOARES, 1995, p. 132).

Esse tipo de iatrogenia é bem descrito no contexto da saúde mental, no qual são largamente documentados os danos clínicos (iatrogenia clínica) causados por hospitalizações psiquiátricas prolongadas, que produzem cronificação e deterioração do quadro de doentes por fatores relacionados a rotinas da instituição, terapêuticas disponibilizadas, concepção de saúde-doença, forma de tratamento dos internos (RANGEL, 2008). Outro sentido da iatrogenia institucional pode derivar da “contraprodutividade da instituição médica”, expressão também do “conluio do anonimato”, em que usuários são encaminhados para especialistas como consequência de não terem seus problemas resolvidos pelo médico assistente (por fatores ligados ao profissional ou ao usuário, como a insegurança de ambos ou relação médico-paciente insatisfatória), sofrendo maior número de intervenções e podendo ter sua terapêutica cristalizada ao retornar para o serviço de origem, com os danos clínicos biopsicossociais que isto pode comportar (LUZ [org.], 1997 apud TESSER, 1999, p. 148; BALINT, 1988; CARDOSO, 2011).

A contraprodutividade da intervenção médica foi largamente discutida por Illich (1975a), como citada na Introdução, fenômeno em que o monopólio da função terapêutica da medicina e o “excesso de produção” de práticas levam paradoxalmente a uma piora dos níveis de saúde, evidenciados pelas iatrogenias. Starfield (2000), no artigo “Is US Health Really the Best in the World?”, demonstra que os Estados Unidos da América, apesar dos exorbitantes gastos per capita em saúde, apresentam uns dos piores indicadores comparados com outros países desenvolvidos; bem como causas

iatrogênicas ocupam o 3º lugar em mortalidade⁶⁰ (atrás apenas de câncer e doenças cardíacas) e levam a uma contraprodutividade imensa do sistema, com sobrecarga de bilhões no orçamento, milhões de consultas, hospitalizações, prescrições, etc., decorrentes de morbidades causadas pela intervenção profissional.

Observa-se, no âmbito da administração e planejamento de serviços de saúde, diversas reações não eficazes à iatrogenia, entre elas a “tentação de furioso ataque técnico contra a iatrogênese clínica” e a “gestão totalitária da iatrogênese social” (como medidas gerencialistas de controle da atividade técnica profissional e de custos), como também a “inquisição ideológica” sobre os “maus sonhos individuais” (da cultura heteronômica), como aponta Illich (1975a, p.195). Para o autor, a mudança de cenário só é possível com o reequilíbrio entre ações autônomas e heterônomas em saúde, ou melhor, com a coconstrução da autonomia. No entanto, temos visto, na literatura e no cotidiano, que não há como separar totalmente vínculo e dependência, cuidado e controle, procedimentos em saúde e iatrogenias, isto é, todo cuidado em saúde tem algum efeito terapêutico, bem como algum grau de controle social e dano (CAMPOS, 2009a). No próximo capítulo, trataremos um esboço das questões da medicalização na atenção básica ou primária, algumas das quais abordadas no capítulo 1 e que serão aprofundadas no capítulo 4 com os resultados do campo, bem como abordaremos brevemente correntes contemporâneas que têm delineado enfrentamentos a essas contradições da prática clínico-sanitária.

⁶⁰ A estimativa incluiu como causas de morte iatrogênicas: cirurgias desnecessárias, erros de medicação em hospitais, outros erros em hospitais, infecções nosocomiais e efeitos adversos de medicações não relacionados a erros.

3.1. A Estratégia de Saúde da Família como locus privilegiado de Medicalização

O duplo produto das práticas de saúde - melhores níveis de saúde e qualidade de vida, dano e dependência - também precisa ser estudado no âmbito da atenção primária, nível do sistema de saúde para o qual se lançam grandes expectativas acerca da desmedicalização e de um cuidado integral. Os princípios que caracterizam a APS – acesso e porta de entrada, continuidade ou longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade ou abrangência do cuidado – combinados com a orientação para o indivíduo, a família e a comunidade, criam um contexto favorável para um cuidado que seja capaz de acessar as necessidades de saúde numa perspectiva biopsicossocial, ampliada, menos intervencionista, resolutive e menos iatrogênica. No entanto, a instituição de ambulatórios como porta de entrada do sistema de saúde, que desenvolvam uma atenção prestada por equipes multiprofissionais e territorializadas, não garante o alcance de tais resultados. Assim como a negação do acesso ao cuidado clínico, com ênfase em práticas de vigilância e prevenção à saúde, não resolve a questão, e como veremos, pode agravar os efeitos iatrogênicos. Soma-se a este cenário, a hegemonia do modelo biomédico como orientador do objeto e meios das práticas de saúde desenvolvidas nestes serviços, e está criado um ambiente propício

para a medicalização e a capilarização da iatrogênese clínica, social e estrutural, por meio dos serviços de atenção básica.

Um aspecto que faz o tema da medicalização ser de suma importância para a atenção básica é o fato de os profissionais trabalharem com “população geral”: se tratamos os saudáveis ou com risco de adoecer da mesma forma como fazemos com os doentes, com o olhar hospitalar para a atenção básica, promovemos a “eliminação do status de saúde graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente” (CUNHA, 2007; ILLICH, 1975a, p.71). Na perspectiva do coletivo, é preciso clareza de que as intervenções médicas e as medidas preventivas de “alto risco” trazem pequena contribuição para a melhoria dos níveis de saúde e qualidade de vida, estando estes muito mais relacionados aos determinantes sociais da saúde como lazer, alimentação, habitação, condições de trabalho, meio ambiente, cultura de paz e não-violência, entre outros, como apontado anteriormente. Na perspectiva individual, os adoecimentos e episódios sintomáticos frequentes na magnitude de 75% a 90% da população em um período aproximado de um mês (LUCASSEN & VAN BOVEN, 2012; WHITE, WILLIAMS, GREENBERG, 1961), colocam os serviços de porta de entrada do sistema como locais privilegiados para consolidação ou enfrentamento da medicalização, visto que podem legitimar e reforçar a dependência dos serviços para a resolução de enfermidades comuns e autolimitadas, ou, em outro polo, promover e apoiar que tais problemas sejam resolvidos com autocuidado e conhecimentos autônomos, sem que isso signifique restrição de acesso aos cuidados médicos e de saúde que de fato são necessários para uma parcela bem menor da população que demanda cuidado.

Para muitos, é difícil reconhecer a medicalização na APS, como se esse fenômeno fosse privilégio dos níveis especializados e hospitalares de atenção. Essa concepção não é de todo equivocada, visto que, no contexto brasileiro, a ESF não faz regulação, filtro da porta de entrada, derivando indivíduos saudáveis, com doenças indiferenciadas ou problemas leves para o especialista focal (e para as portas da urgência), preparado para lidar essencialmente com indivíduos doentes e que trata os “não-doentes” sob o mesmo foco da doença e não da pessoa. A essas deficiências da APS brasileira também atribuímos responsabilidade pela medicalização e iatrogenias,

não sendo apenas uma questão de cobertura populacional dos serviços primários, pois temos observado que a garantia de acesso, apesar de necessária, não pressupõe uma oferta de serviços ajustada às necessidades de saúde:

Paradoxalmente, no auge do desenvolvimento biotecnológico, os serviços de saúde não atendem às necessidades concretas de atenção médica da maioria da população, verificando-se uma dissociação entre o mundo das necessidades de saúde e a realidade intrínseca da prática médica. Essa crise se agrava quando as práticas biotecnológicas atingem e dominam o campo da Atenção Primária e se torna mais profunda e evidente, quando essas práticas invadem o contexto de sistemas de saúde hospitalocêntricos e hierarquizados, com APS frágil, subalterna, desestruturada, frequentemente a cargo de especialistas focais. Quando se considera a totalidade da população e seu atual perfil de morbimortalidade, aquela perspectiva focalizada, intervencionista e despersonalizada de atenção episódica à saúde mostra-se inadequada a ponto de se colocar na raiz de diversos problemas e múltiplas distorções (RODRIGUES & ANDERSON, 2012, p. 63).

A Estratégia de Saúde da Família é o modelo prioritário de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ela surgiu a partir da institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial dos cuidados primários:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Embora tenha adotado diretrizes fundamentais para o desenvolvimento de uma atenção à saúde integral, longitudinal, interdisciplinar, acessível, culturalmente aceita, centrada no indivíduo, família e comunidade; a estruturação dos serviços, a organização do processo de trabalho e os objetos e meios de trabalho foram delineados a partir de experiências de medicina comunitária de diferentes regiões do país,

embasadas pelo paradigma preventivista, de vigilância à saúde e pelo conceito de “atenção simplificada à saúde”, que prioriza ações de cunho programático voltadas para grupos específicos e para o controle de endemias (CARVALHO, 2005). Tomadas como modelo para a implantação da atenção básica no Brasil, essas experiências se expandiram da primeira metade do século XX até os anos 80 e, inspiradas na concepção americana de Centros de Saúde e de Saúde Pública, apresentavam pouca abertura para o cuidado ampliado e integral da clínica: “segundo essa tradição, a APS é vista como espaço para a prevenção à saúde, não para o exercício da clínica” (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010, p.3618). A APS estruturada desta forma, portanto, não prima pela singularidade dos indivíduos e comunidade, pela integralidade da atenção, pelo acesso universal a cuidados abrangentes e nem é capaz de reorientar o modelo assistencial e coordenar o cuidado na rede de atenção à saúde. Campos & Campos (2009) identificam a falsa polaridade entre um polo clínico e individual e um polo coletivo-preventivo como um dos principais limitantes da potência das práticas de saúde e promotores de perda de sua efetividade. Estas contradições ainda estão presentes na atenção primária brasileira e tem imposto limites para o avanço da ESF como reorientadora dos cuidados em saúde, favorecendo a hegemonia do cuidado hospitalar e especializado e a consolidação de um modelo privatista de saúde.

De qualquer forma, é inegável que com o PSF, e agora com a ESF, houve uma ampliação de clínica e de cuidado no plano das diretrizes conceituais; no entanto, na prática, percebe-se uma ênfase no princípio da acessibilidade ao sistema, com a manutenção de práticas caracterizadas por um cuidado reducionista, centrado no trabalho do médico, focado na doença e no consumo de procedimentos/exames/medicamentos, a despeito do trabalho em equipe multiprofissional e de princípios como a integralidade (FRANCO & MERHY, 1999). O que temos visto acontecer no cotidiano: o trabalho multiprofissional na atenção básica organizado para exercer de forma mais eficiente o poder disciplinar e de controle sobre a população assistida, com práticas mais geradoras de heteronomia do que de autonomia, ou seja, geradoras de dependência dos serviços e profissionais de saúde, com pequenos ganhos em relação aos níveis de saúde (MERHY, 2007; IILICH, 1975). Campos & Campos (2009) colocam em questão o aumento dramático da cobertura de

serviços de saúde no Brasil face à produção de saúde e autonomia, interpelando o impacto do acesso predominante a práticas do tipo queixa-conduta, que pouco impactariam ou interfeririam na qualidade de vida.

A ESF se expandiu dramaticamente na última década, apresentando um salto de 35,7% da população coberta pelos serviços em 2003 para 50,6% em 2009 (BRASIL, 2011). Segundo Souza (2010), os primeiros municípios a receberem o Programa de Saúde da Família – PSF – em 1994 eram os delimitados no Mapa da Fome de 1993 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, priorizando populações de maior risco social na alocação dos recursos previstos. Uma pesquisa de avaliação da implementação da ESF realizada em dez grandes centros urbanos brasileiros aponta que em todos os municípios ela se deu prioritariamente para assistência de grupos de maior vulnerabilidade, “como população de baixa renda, de maior risco epidemiológico ou áreas de risco social”, concluindo que “a população atendida pelo PSF é extremamente vulnerável, podendo considerar que a estratégia de Saúde da Família promove expansão de cobertura para grupos desfavorecidos” (BRASIL, 2005, p. 72, 200). O reconhecimento do acesso crescente a serviços de atenção primária focados no modelo biomédico e na vigilância à saúde geram, para além do questionamento de sua efetividade em termos de indicadores de saúde e qualidade de vida, reflexões prementes quanto a um processo de medicalização em massa, particularmente das classes socialmente mais vulneráveis com previsíveis impactos negativos culturais, econômicos e de saúde (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010).

É preciso destacar que o processo de medicalização não é exclusividade das classes menos favorecidas e nem é consequência – apenas - das ações da APS recentemente implantada no Brasil, embora este processo possa sim ser - e tem sido - reforçado e massificado pelas ações primárias em saúde, centradas no modelo biomédico, com grande potência e ares de cientificismo e higienismo. Na ESF desenvolve-se uma ação muito particular de medicalização, em que se gera positivities (melhores indicadores de saúde, por exemplo) por meio de práticas de saúde com graus variáveis de normatização, disciplinamento e esquadramento do estilo de vida e comportamento dos indivíduos, famílias e comunidades; que pode, por

um lado, promover mudanças no estilo de vida dos indivíduos e alguns ganhos em indicadores de saúde, mas, por outro, promover a redução da autonomia dos indivíduos no lidar com seu processo de saúde e adoecimento e, paradoxalmente, iatrogenias e contraproduktividade nos serviços de saúde.

O que coloca os serviços primários em tal posição de importância neste processo é a sua proximidade com a comunidade, vínculo, acessibilidade, continuidade, todos atributos essenciais para gerar níveis altos de saúde, autonomia e qualidade de vida ou o seu revés, como destacamos anteriormente (CUNHA, 2005; ILLICH, 1982). Toda a equipe da atenção básica trabalha confiante nos benefícios do seu trabalho, não atenta a que, sim, mesmo com as “melhores intenções”, ou as melhores diretrizes e princípios, se pode causar danos estruturais à saúde e autonomia das pessoas:

Vi muitas vezes o que se passa nas cidades mexicanas logo que se introduz a assistência sanitária. Durante uma geração, a população guarda suas crenças tradicionais; sabe como morrer e como enfrentar a infelicidade. Mas a enfermeira e o doutor, confiantes em sua sabedoria, começaram a ensinar-lhes o que são as más mortes clínicas, e que convém bani-las, e por que preço. Em vez de melhorar e modernizar os fundamentos dos conhecimentos medicinais da população, eles infundem o ideal da morte hospitalar. Os serviços que prestam comprometem os camponeses em uma busca sem fim da boa morte conforme descrição internacional, busca que fará deles consumidores para sempre (ILLICH, 1975, p.185).

Para uma boa parte dos que estudam o tema, a centralidade no modelo biomédico seria o ponto central de fragilização da atenção primária no Brasil e que a colocaria como locus privilegiado de medicalização:

No PSF acontece o mesmo [em analogia ao enigma da esfinge do mito de Édipo-Rei], ou seja, o programa enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não o decifra e como no caso da esfinge, é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, e por não saber - inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura (FRANCO & MERHY, 1999).

É importante atentar que, quando falamos de trabalho “médico-centrado”, isto não se refere a uma crítica à profissão médica em si, propondo que se faça um trabalho “enfermeiro-centrado” ou “ACS-centrado” como superação do modelo biomédico. Esse deslocamento, infelizmente, tem sido propalado como solução dos problemas de acesso e integralidade na atenção básica, visto que a falta de médicos e a prática

reducionista destes profissionais são frequentemente alvos de críticas e de responsabilização pela baixa resolutividade da atenção básica:

*A crítica à biomedicina, para alguns, transforma-se em combate aos médicos em geral. Talvez se esteja alimentando um círculo vicioso: más condições de trabalho, indefinições políticas/insegurança e demanda excessiva reforçam uma clínica reduzida ao núcleo profissional, dificultam o vínculo e facilitam a rotatividade profissional. Talvez ainda seja válida a crítica a uma tendência na área de saúde coletiva de tomar o trabalho médico como intrinsecamente comprometido com a reprodução e manutenção do capitalismo, não reconhecendo méritos na clínica individual. Nesse movimento paradoxal tem sobrado pouco espaço real de diálogo sobre o trabalho médico tanto com os próprios, quanto a seu respeito na sociedade. O que diminui as chances de se construir uma política pública capaz de incluir esses profissionais nos serviços de saúde. Com isso existe o risco, na verdade, de uma aproximação da missão da atenção básica das ações de saúde que prescindem do médico. Com discurso aparentemente progressista estreita-se o caminho para não se implantar o SUS e, de fato, perpetuar a predominância do sistema privado. Para completar o quadro podemos diagnosticar, lado a lado desse discurso hiper-crítico do trabalho médico, uma certa expectativa de adesão da categoria médica ao SUS por meio de uma conversão a um certo “espírito missionário”. Ou seja, a presença de um certo apelo moralizante que, na verdade, se opõe totalmente à possibilidade de cidadania, de direitos sociais, de autonomia e da instituição real de um sistema de saúde pública universal (CAMPOS *et al*, 2010, p.149, grifo nosso).*

É justamente neste ponto que os serviços têm sido “devorados pela esfinge”, isto é, a superação da insuficiência do modelo biomédico não se faz com a centralidade na equipe ou em seus profissionais – visto que todas as profissões estão ancoradas no saber biomédico - mas sim “centrado na pessoa”. Importante dizer que, ser centrado na pessoa, não prescinde da satisfação pessoal e profissional do trabalhador da saúde mas, ao contrário, tensiona em direção ao equilíbrio entre a produção de valores de uso e atendimento à necessidades sociais concomitante à constituição dos Sujeitos (profissionais e usuários) e Coletivos (CAMPOS, 2000).

Ser “centrado na pessoa” como forma de romper com o modelo “profissional-centrado” é estar atento para as demandas do usuário, seu sofrimento, suas necessidades, representações pessoais sobre o adoecer, em uma relação dialética com as abstrações utilizadas pelos profissionais (a ontologização da doença), compartilhando decisões e não apenas tomando decisões acerca das necessidades das pessoas a partir do que está pré-concebido pelo serviço de saúde ou pelos profissionais acerca de suas atribuições, dos procedimentos e cuidados a serem ofertados. A construção das políticas de saúde, das diretrizes, do ponto de vista apenas

da gestão, sem considerar os desejos, interesses, a autonomia dos usuários, contextualizados localmente, também reforça a mesma dimensão da clínica biomédica tradicional, visto que parte de um referencial heteronômico, com propostas de intervenção reducionistas focadas no biológico e traçadas *a priori*. Campos & Campos (2009) demarcam esta dificuldade, em lidar com a complexidade no trabalho com o indivíduo e comunidade, entre os profissionais na atenção primária: “ou se mantêm arrogantes, fazendo prescrições não negociadas com os usuários e comunidades, ou ficaram degradadas em procedimentos queixa-conduta ou surto-intervenção”.

Neste sentido, é importante considerar que nos últimos anos a atuação de médicos especialistas em cuidados primários, no caso brasileiro a medicina de família e comunidade, bem como a de outros “profissionais da integralidade” como enfermeiros generalistas, e de membros profissionalizados da comunidade (os ACS, por exemplo) - constituindo uma equipe - tem sido apontada como solução destas contradições, para potencialização dos efeitos positivos das práticas de saúde e redução dos danos. Em relação ao médico de família, Franco & Merhy (1999) afirmam que “o PSF mitifica o generalista, como se este profissional, ou melhor, esta ‘especialidade’ médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população”. Poli Neto (2011, p.45) pondera acerca do trabalho do médico de família e comunidade:

Ao mesmo tempo em que é um agente que pulveriza e que capilariza esse processo moderno de medicalização, levando a forma de entender e de explicar da biomedicina para os mais diversos rincões, por outro lado impede o acesso direto das pessoas a uma medicina ainda mais medicalizante (se é que se pode colocar assim), que é a das subespecialidades. Um outro fator importante é que a [a favor de] desmedicalizar [pelo trabalho de] esses médicos de família está o contato próximo com as pessoas e suas relações familiares e modos de vida. Imerso nesse ambiente fica mais difícil exercer a descontextualização que nos pede a biomedicina.

Esses limites e potências, não só do trabalho do médico de família e comunidade, mas da equipe de Saúde de Família, estão em disputa no cotidiano. Como abordamos no capítulo 2, vivemos atualmente em “Estados médicos abertos”, sendo que o avanço do saber especializado da biomedicina sobre a saúde, sobre a comunidade, incluiu diversos outros profissionais que operam o cuidado, mas também o controle, de indivíduos muitas vezes não doentes, mas em “risco” de adoecer, vulneráveis e mesmo saudáveis. Com isso, não defendemos a desassistência ou a

restrição do acesso, mas “Trata-se de oferecer ‘máxima qualidade, mínima quantidade, com a tecnologia apropriada, no momento oportuno, pelo profissional adequado, e tão próximo do domicílio do paciente quanto seja possível”(GÉRVAS & FERNÁNDEZ, 2011).

Neste contexto, o dever ético torna-se ainda mais pronunciado, visto que o benefício de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças são mais benéficas se articuladas do ponto de vista populacional, e não individual, devendo-se planejar ações criteriosas do ponto de vista da clínica e da gestão, ponderando os reais efeitos benéficos e possíveis iatrogenias de tais intervenções. Frente a uma doença, estão justificadas intervenções que causem bem (beneficência) com um mínimo de danos (não-maleficência), com respeito à autonomia das pessoas e por meio de medidas que respeitem a justiça social, a equidade e o custo-benefício das intervenções; no entanto, a regra não é a mesma no caso da prevenção, a ética da intervenção em indivíduos e populações saudáveis apresenta algumas diferenças:

[...] pasan de un contrato curativo (atender al paciente que sufre) a un contrato preventivo (ofrecer servicios para no enfermar), sin darse cuenta de que el primero es milenario, se limita a unas pocas situaciones y tolera daños en la búsqueda de la mejoría, y el contrato preventivo abarca situaciones que se expanden sin límites y no tolera daños. Los pacientes aspiran a la juventud eterna y los médicos magos se la ofrecen en vano y a costa de la salud individual y del despilfarro de recursos sociales, incluyendo la creación de expectativas de imposible cumplimiento (GÉRVAS, 2012).

Diante da complexidade que é o trabalho da atenção primária, das necessidades de saúde e da forma como a Estratégia de Saúde da Família tem se estruturado para dar resposta a estas, aponta-se o horizonte de que “em geral, trata-se de “deixar de fazer para fazer”, isto é, passar de um atendimento muito burocrático e rígido, com déficit curativo e “medo” da incerteza, para um atendimento flexível e polivalente, aberto a todo tipo de problemas, curativo e preventivo” (GÉRVAS & FERNÁNDEZ, 2011). O equilíbrio entre danos e efeitos positivos das intervenções em saúde, com enfrentamento do processo de medicalização da vida e da sociedade, passa pela reorientação do *objeto* de trabalho na atenção básica – que deve ser os Sujeitos e o Coletivo destes em sua singularidade - bem como dos *meios* utilizados para responder às demandas e acessar as necessidades em saúde.

3.2. Estratégias contemporâneas que contribuem para o enfrentamento da medicalização na APS

Várias correntes teórico-práticas têm reconhecido os limites da prática médica e de saúde embasada apenas pelo modelo biomédico e elaborado proposições que buscam reequilibrar as ações heterônomas e autônomas em saúde, assim como superar, pelo menos em parte, o reducionismo biológico e a tentativa de cientificizar toda a experiência humana. As que têm ganhado maior destaque no contexto da atenção primária brasileira são a *Clínica Ampliada*, o *Método Clínico Centrado na Pessoa* e a *Prevenção Quaternária*. De certa forma, todas estas propostas de reforma do trabalho em saúde, seja em seu objeto, em seu método ou nas correntes de pensamento que embasam sua prática, buscam uma integração entre diferentes disciplinas do conhecimento, sendo que poderíamos tomá-las como propostas interdisciplinares. Elas buscam integrar o bio-psico-social na análise e/ou intervenção do processo saúde-doença, na abordagem da pessoa saudável ou doente, sem romper totalmente com a racionalidade científica ocidental, com a biomedicina.

Figueiredo & Furlan (2010) demonstram que, mesmo após o foco no biológico ter prevalecido nas ações hegemônicas em saúde - com o advento da anatomoclínica, têm surgido diversas correntes de pensamento que dão ênfase na causalidade, na influência, ou mesmo na natureza psicossocial do processo saúde-doença. Essas correntes, como as autoras enfatizam, não surgiram de um movimento natural de evolução do conhecimento científico ou da compreensão da natureza e do fenômeno do adoecimento, mas de fato tem seu condicionamento sócio-histórico e surgiram como forma de dar resposta a necessidades políticas ou mesmo de críticas às práticas sociais e de saúde instituídas. Figueiredo & Furlan (2010) destacam cinco correntes principais.

A primeira é a própria *Medicina Social*, anteriormente abordada com o enfoque

de como a medicina exerce “controle do social”, que historicamente surge com o reconhecimento da interferência de fatores ambientais, sociais, habitacionais na saúde e na força produtiva. O *Modelo da História Natural da Doença* de Leavell & Clarke é largamente utilizado até os dias atuais por explicitar os momentos de pré-patogênese e patogênese, contemplar a multicausalidade do adoecimento pelo modelo da tríade ecológica (fatores ligados ao agente causal, ao hospedeiro e ao meio ambiente) e permitir a intervenção em três momentos da evolução do agravo (prevenções primárias à terciária). Entretanto, este modelo ainda mantém o foco do adoecimento na dimensão biológica, na “doença do médico” ou “disease”, bem como pressupõe uma linearidade na evolução dos problemas de saúde, pressuposto inadequado e insuficiente mesmo para o domínio do biológico como conhecido atualmente⁶¹. A *Medicina Social* surgida na América Latina nas décadas de 60 e 70 deu ênfase ao fenômeno saúde-doença como processo social, com um referencial, principalmente, do materialismo histórico e dialético para explicar a realidade, com análises que segundo Minayo (1996, p.78) realizavam

[...] uma crítica radical aos equívocos positivistas e desenvolvimentistas, mostrando: (a) que o avanço científico e tecnológico da medicina não tem correspondido à melhoria de saúde das sociedades em seu conjunto; (b) que a distribuição dos serviços está em razão inversa das necessidades da grande maioria da população dos países latino-americanos; [...] que a prática e o saber médicos fazem parte da dinâmica das formações socioeconômicas e é no interior delas que podem ser explicados como fenômenos históricos específicos, mas correlacionados com o processo global.

A *Saúde Coletiva*, que surge no contexto brasileiro por volta da década de 70 “como uma crítica ao modelo de saúde pública tradicional, marcado, sobretudo, pela postura higienista/autoritária e por ações coletivas de saúde que em princípio, visavam o estabelecimento da ordem econômica e social” (FIGUEIREDO & FURLAN, 2010, p. 157), tem grande produção acerca da medicalização. Embora seja constituída por correntes teóricas diversas, destaca-se, contemporaneamente, a denominada “Em defesa da vida”, que incorpora o modelo de determinação social do processo saúde-doença, sem absolutizá-lo - reconhecendo uma predominância “situacional e variável”

⁶¹ Como, por exemplo, no caso de lesões histopatológicas displásicas, que podem ser “pré-cancerígenas”, mas que também podem envolver ou mesmo permanecer inalteradas sem nunca evoluir para o estágio de patogênese ou de uma condição clínica relevante.

entre as dimensões bio-psico-social, enfatizando as dimensões subjetivas, culturais, políticas deste processo e primando por uma aproximação entre os saberes da clínica e da saúde coletiva. Traz, ainda, subsídios para pensarmos a distância entre “demanda em saúde” e “necessidade”⁶², visto que assume “que processos de sofrimento, de produção de subjetividades, de adoecimento, de morte e de desejo de viver influenciam a demanda por serviços de saúde e as lutas coletivas por acesso aos direitos e pelo ‘direito a ter direitos’” (CARVALHO, 2005, p.124). Por fim, a *Psicanálise*, surgida no início do século XX, que contribuiu tanto para o conhecimento dos mecanismos psíquicos, quanto com métodos terapêuticos, e “abriu caminho para a emergência de diversas abordagens que, inseridas ou não na tradição médica, se propuseram a pensar o processo saúde-doença a partir das inter-relações entre o psíquico, o social e o biológico, realçando a dinâmica da relação médico-paciente, as relações familiares e as interações entre doença, cultura e sociedade” (FIGUEIREDO & FURLAN, 2010, p.158).

Mesmo com a contribuição de tais correntes, o desafio de não extremar apenas uma dimensão do complexo fenômeno de saúde-doença na definição da causalidade ou o objeto do trabalho em saúde permanece: em que para a biomedicina o objeto é a doença, para a psicanálise é o inconsciente/a subjetividade, para as correntes da “determinação” é “o social”, havendo uma hipertrofia da causalidade social em detrimento dos poderes individuais e locais em interferir sobre o seu adoecimento e da responsabilidade dos sistemas de saúde - visto que toda a rede intersetorial interfere na saúde (CAMPOS, 2009a). Sendo assim, estas disciplinas contribuem para o entendimento do processo saúde-doença, mas ganham potência se articuladas, isto é, se compõem o paradigma biopsicossocial, da integralidade.

As três estratégias contemporâneas que abordamos brevemente aqui, incorporam uma visão mais organicista da saúde, integral, e propõe estratégias capazes de reduzir as iatrogenias das práticas de saúde e fazer frente à medicalização. O interessante destas é que buscam a minimização dos danos provocados pelas

⁶² “Necessidade” que é geralmente definida de forma heterônoma, do ponto de vista técnico-político, representa os problemas de saúde “concretos”.

práticas sanitárias não por meio da negação do conhecimento biomédico. Alguns autores, como Tesser (1999), reconhecem nisso uma limitação de tais abordagens por não saírem dos limites da racionalidade científica moderna, da biomedicina. No entanto, para nosso objeto de estudo que é a medicalização, estas propostas parecem reconhecer, no campo da clínica (e da gestão, como aborda uma delas), os pontos angulares que fazem a biomedicina intrinsecamente medicalizadora, a despeito de lidarem com as limitações no campo da terapêutica ou mesmo na integração da experiência com a doença. De qualquer forma, mesmo não sendo nosso objeto, cabe destacar que também as práticas ditas integrativas e complementares podem gerar dano e dependência, ao partirem de um referencial heteronômico e que não necessariamente contemple a singularidade do sujeito, primando por explicações mais “holísticas”, porém que também são “abstrações generalizáveis” do real e do singular:

[...] alternative, oriental or holistic medicine, if recognized, licensed and publicly supported can lead to more, albeit more pluralistic, dependence. Homeopaths, acupuncturists, bonesetters, orthomolecular doctors or naturopaths, as well as astrologers, psychoanalysts and other diviners, are able-if they fit the professional model-to create at least as much dependence as a medicalizing general practitioner. (ILLICH, 1982)

O *Método Clínico Centrado na Pessoa* (MCCP), desenvolvido a partir da prática da medicina de família (embora ofereça avanços para a prática do profissional de saúde em qualquer nível de atenção), reconhece a cisão entre *illness* e *disease*, a não exploração da experiência com a doença – os sentimentos, ideias, funções e expectativas das pessoas com seu processo de adoecimento - e o não compartilhamento da definição dos problemas (avaliação e diagnóstico) e manejo destes - em que pese o saber e a autonomia do usuário (e não apenas do profissional) - como os elementos centrais de superação do modelo clínico centrado na doença e, diria, portanto, dos fatores que contribuem para a medicalização no encontro profissional-usuário (STEWART *et al*, 2010).

A *Clínica Ampliada e Compartilhada* também reconhece a cisão entre doença e doente como o ponto angular da biomedicina e propõe que se coloque a doença entre parênteses para enxergar o sujeito:

A inclusão do sujeito como “objeto” provoca uma reviravolta epistemológica no campo da saúde. Incluir o sujeito implica operar com um paradigma que dê conta da “coprodução singular da saúde e da doença” e que consiga transitar entre o conhecimento padronizado em verdadeiras “ontologias” e a singularidade dos casos. (CAMPOS, 2009a, p. 41)

Propõe uma superação do modelo biomédico, do reducionismo biológico por meio da ampliação da análise e da intervenção biopsicossocial, porém prevendo uma variação da importância - ora um predominando, ora outro - entre os fatores que constituem o processo saúde-doença em cada situação. Coloca como um dos objetivos mais importantes do cuidado em saúde a promoção da autonomia, uma coprodução desta, reconhecendo os saberes e poderes presentes de forma desigual na relação clínica. Não se deixa pautar por extremismos – como os primeiros teóricos da medicalização – acerca de como o poder, o controle e a dominação perpassam as práticas de saúde, não reconhecendo estes como forças lineares e unilaterais e provenientes da medicina e do médico: considera que estes poderes existem articulados (ou coexistem) a formas de resistência, intricados com os desejos e interesses dos indivíduos e coletivos, havendo sempre elementos dos planos Universal e Particular em uma relação dialética para compor o Singular, o do encontro profissional-usuário e o do Sujeito (CAMPOS, 2009a). De forma sintética:

Ampliar a clínica, por sua vez, implica: 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicossocial das demandas de saúde. As propostas da clínica ampliada: 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se co-produzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008, pp.55-56).

Além disso, a teoria paidéia também aborda aspectos da gestão do sistemas de saúde que são imprescindíveis para o alcance da clínica e a saúde coletiva ampliadas e compartilhadas, reconhecendo como planos de obstáculos e desafios: o “político, o da construção de sistemas públicos de saúde eficazes e com modelos de gestão

democráticos. Há um plano teórico ou epistemológico [...] Mas há um desafio organizacional ou de gestão” (CAMPOS, 2009a, p.50).

Por fim, a *Prevenção Quaternária* (P4) - proposta que define um novo nível de prevenção baseado na relação profissional-usuário e nas diferentes perspectivas destes sujeitos acerca do estado de saúde-doença da pessoa que demanda cuidado - traça um esquema de fácil compreensão acerca dos possíveis resultados e danos que decorrem da cisão entre *disease* e *illness*, como esquematizado nas figuras 1, 2 e 3 do Anexo 1. A P4 é definida como a “Ação feita para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis” (JAMOULLE, 2011). Chama a atenção de que esta proposta⁶³ entende como o ponto mais sensível à medicalização aquele em que o médico não reconhece doença no paciente e esse se sente enfermo, ou então, como a partir de atividades sanitárias de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, o sistema de saúde e os profissionais de saúde podem levar a pessoa a se sentir enferma (figura 3 do Anexo 1). O ponto-chave da P4 é evitar a intervenção nas pessoas que se sentem enfermas, bem como evitar ou impedir que as práticas de saúde promovam isso nos usuários, por meio do estreitamento da relação de confiança e vínculo e uma abordagem integral da pessoa. Propõe que nos outros quadrantes, apesar das tecnologias biomédicas serem necessárias e trazerem benefícios, sejam pautadas em princípios éticos, como os de beneficência e não-maleficência, bem como na autonomia do sujeito.

⁶³ Que se poderia dizer em construção, visto que o seu autor, Marc Jamouille, explicita os limites do termo “Prevenção” para traduzir o sentido que se dá à “prevenção quaternária”.

Desvendando a Medicalização em uma Equipe de Saúde da Família

Objetivou-se, com o trabalho de campo, encontrar elementos que deem visibilidade ao processo de Medicalização e às práticas que, na Estratégia de Saúde da Família, estariam consoantes com este processo e, portanto:

- verificar aspectos do processo de trabalho da equipe de saúde da família, do contexto local das práticas clínicas e de gestão, bem como das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, que possam ser considerados como fatores contribuintes, efeitos ou mesmo expressões de práticas de saúde medicalizantes; e
- analisar as divergências e aproximações entre o cuidado produtor de saúde e autonomia e as práticas geradoras de heteronomia e iatrogenia no âmbito da atenção primária.

4.1. Sujeitos e Métodos

Na pesquisa de campo, foi adotado o método de Estudo de Caso, tendo sido definidas como Caso as práticas dos profissionais de uma Equipe de Saúde da Família localizada em um município do interior do estado de Goiás. Segundo Yin (2001, p.32), “Um estudo de caso é uma investigação empírica que [1] investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando [2] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Segundo o autor, é um método bastante adequado para a compreensão de “fenômenos sociais complexos”, sendo equivocada a premissa de que haveria uma disposição hierárquica entre os estudos, em que os estudos de caso seriam adequados apenas na fase exploratória e que para estudos explanatórios ou causais seria necessário um experimento controlado, por exemplo. Yin (2001) aponta que a estratégia de estudo de caso é bastante adequada para questões de pesquisa do tipo “como” e “por que”, embora também possa responder questões como “o que”. Além disso, ela é adequada para estudar situações em que não se exige (ou não é possível) o controle sobre eventos comportamentais, bem como as que focalizam acontecimentos contemporâneos.

Neste estudo, a revisão de literatura realizada para estabelecimento do marco teórico-conceitual e para discussão dos resultados cumpre em parte a resposta ao “por que”, sendo os objetivos do campo aprofundar nas questões de “o que” e “como”, o que conjuga as intencionalidades exploratória e explanatória nesta pesquisa. *“O quê” da prática de cuidado, na Estratégia de Saúde da Família, poderíamos entender como fenômeno, efeitos ou fatores contribuintes para a Medicalização? E “como” se expressa a Medicalização no contexto da atenção básica brasileira, em uma unidade de saúde da família?* Vem à tona, neste momento, o questionamento de que forma um estudo de caso poderia oferecer bases para a compreensão do fenômeno da medicalização no contexto brasileiro, isto é, em que ponto, uma situação Singular, pontual, serviria para conhecimento – ou mesmo modelo de representação – de uma situação Universal. Do ponto de vista teórico, Yin (2001, p. 29) aponta:

Uma resposta muito breve é que os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Nesse sentido, o estudo de caso, como o experimento, não representa uma “amostragem”, e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Ou, como descrevem três notáveis cientistas sociais em seu estudo de caso *único*, o objetivo é fazer uma análise “generalizante” e não particularizante (Lipset, Trow & Coleman, 1956, p.419-420).

Essa dicotomia também é minimizada pelo apoio nas referências bibliográficas ao se analisar o campo, isto é, o universal estaria representado pela revisão de literatura, o singular pelo estudo de caso; para Minayo (1996, p.158) a teoria é “entendida como instrumento para encontrar o geral no particular”. A autora também propõe uma superação desta questão pelo referencial da dialética⁶⁴:

A ideia de que o particular não existe senão na medida em que se liga ao geral e o geral senão no particular e através dele; a ideia de que a dificuldade de apreensão está no pensamento e não na realidade, pois é o pensamento que separa e mantém a distinção de momentos de um objeto; a ideia de que a marcha do real é sempre mais verdadeira e profunda do que nossa capacidade de apreendê-lo; a ideia de que há uma relatividade entre os fatores objetivos e subjetivos, material e espiritual são alguns dos princípios básicos da lógica dialética [...] (MINAYO, 1996, p. 155)

Pois bem, mesmo reconhecendo que nenhum fenômeno é universal se não estiver presente no particular, não estamos aqui defendendo que o Estudo de Caso em questão seja suficiente para responder ao “o que” e “como” propostos nos objetivos - este estudo tem várias limitações que serão apresentadas a seguir; em verdade, a pesquisadora percebe o campo realizado como uma forma de abrir a discussão, a percepção da realidade, para além do ambiente controlado da revisão narrativa da literatura, bem como da análise baseada nos pressupostos teóricos e experiências que o pesquisador traz em sua bagagem. Este material vivencial também é riquíssimo e obviamente não foi deixado de lado, nem no planejamento e coleta de dados, nem na análise dos resultados, mas percebeu-se como necessária ao avanço no conhecimento a incorporação de outros dados não totalmente esperados ou previstos, a despeito das hipóteses que todos carregamos ao iniciar uma pesquisa.

⁶⁴ Neste caso, uma referência à dialética marxista.

Neste estudo, de natureza qualitativa, foram empregadas as técnicas de Observação participante (OP), Entrevistas abertas e Grupos de discussão, que é uma forma de “triangulação na coleta de dados” (MINAYO, 1996, p.130), que possibilita a coleta de informações de diferentes perspectivas, dentre as quais poderíamos dizer que a observação participante gera dados muito mais próximos da perspectiva do pesquisador do que os outros dois métodos, que apesar de sofrerem a ação do pesquisador (que pergunta, provoca, direciona, conscientemente ou não), trazem para os resultados da pesquisa o discurso e a perspectiva dos sujeitos pesquisados e não apenas o seu comportamento objetivo julgado/analísado por um observador externo. Além disso, foi realizada uma breve pesquisa documental a fim de contextualizar a realidade do município onde a equipe está situada⁶⁵.

É importante destacar que a observadora de fato participou e se colocou no lugar de observada, para colocar em análise os motivadores que dispararam esta participação, isto é, compreender qual o lugar de pesquisadora - mas muito mais vezes de médica (“biomédica”) - que os profissionais da equipe estudada atribuíam ao convidá-la a participar das situações postas no cotidiano do trabalho. Lévy Strauss (1975, p. 215 *apud* MINAYO, 1996, p. 21) chama a atenção para o fato de que “Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação”. Poli Neto (2011), médico de família e comunidade, faz uma discussão - sob o referencial da antropologia - sobre este desafio de ser um “nativo” ao pesquisar a prática na APS e ao mesmo tempo permitir-se o estranhamento, o reconhecimento do novo e do “outro”, modelo cada vez mais frequente na pesquisa social, diferente dos primórdios da antropologia em que se privilegiava o estudo do exótico, de culturas e sociedades diferentes das do pesquisador. Este estudo baseia-se justamente na potência que se tem em pesquisar algo que já se conhece, de forma racional e no plano dos afetos, de forma a romper

⁶⁵ Consultadas bases de dados nacionais como o CNES do MS, dados do IBGE, bem como relatórios de instituições locais disponíveis na internet e documentos fornecidos pela própria equipe estudada, entre eles, o trabalho de conclusão de especialização em saúde da família realizado pela enfermeira da equipe (ver Nota 79).

com o conhecimento apenas superficial, mas em alguns momentos conseguir perfazer mergulhos, pela percepção de questões que são de fato críticas e angulares para o objeto estudado. Pressupõe-se, ainda, que o fato de ser nativa no contexto estudado e o uso de outras estratégias como entrevistas e grupos de discussão compensem, em parte, as limitações relativas ao tempo que a pesquisadora esteve em campo (detalhado em *A Operacionalização*).

Sobre a escolha por entrevistas não estruturadas, ela se deu como forma de permitir a complementação do principal método – o de observação-participante – buscando apreender, confirmar, encontrar, questões que apareceram ou pareceram veladas na OP e careciam de exploração para alcance dos objetivos do estudo. O modelo de entrevista realizado enquadra-se mais no conceito de “entrevista não-diretiva ‘centrada’ ou ‘entrevista focalizada’ onde se aprofunda a conversa sobre determinado tema sem prévio roteiro” (MINAYO, 1996, p. 108-109); embora tenha sido esboçado um roteiro de entrevistas antes da entrada no campo, as questões para as entrevistas foram surgindo durante a realização da OP, bem como durante as próprias entrevistas. Minayo (1996, p. 123) ao discutir sobre entrevistas não-estruturadas, cita Michelat (1975, p. 230) e afirma que “a entrevista o menos estruturada possível permite surgir e comunicar esse nível sócio-afetivo-existencial”, nível de importância tal em se acessar visto que “a ordem afetiva e da experiência é mais determinante dos comportamentos do que o lado racional ‘intelectualizado’”. De fato veremos como as entrevistas não-estruturadas realizadas com os profissionais mobilizaram afetos provocaram reflexões, provavelmente, em uma amplitude maior do que seria ir a campo com entrevistas fechadas, estruturadas.

Quanto aos Grupos de discussão, estes foram coordenados pela própria pesquisadora, contando com um observador externo, e tiveram também uma função complementar, dada a “sua importância pelo aprofundamento qualitativo de questões socializáveis” (MINAYO, 1996, p. 130), tendo sido realizados na última semana do campo (detalhamento em *A operacionalização*), a fim de evitar a “contaminação” da OP e das entrevistas pelos assuntos discutidos e perguntas disparadoras. Os roteiros utilizados nos três grupos estão nos *Apêndices* deste trabalho, sendo importante

destacar que não foi possível abarcar a amplitude de temas que a pesquisadora usou de referência, bem como na apresentação dos resultados privilegiou-se a transcrição integral das falas, que além de facilitar o entendimento dos resultados, evidenciam que muitos temas que constavam no roteiro apareceram de forma espontânea na discussão, bem como outros foram levantados ou aprofundados por provocações da pesquisadora.

Por fim, cabe explicitar que, embora este estudo não se enquadre na proposta metodológica de pesquisa-intervenção, a própria observação participante é uma forma de intervenção, de interferência na realidade, da qual poderíamos dizer que também provocou um “efeito paidéia” nos sujeitos pesquisados (CAMPOS, 2000; 2010), isto é, apresentou função analítica bem como pedagógica, isto é, em um certo grau contribuiu para aumentar a capacidade de análise destes sujeitos, provocou reflexão, fez emergir angústias, contradições, como explicitaremos com os resultados a seguir.

4.2. Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. As observações e algumas entrevistas - as realizadas com três Agentes Comunitários de Saúde e dois internos de medicina - foram registradas em diários de campo, outras (as entrevistas realizadas com um dos ACS, médica e enfermeira) e os grupos de discussão, foram gravadas em áudio, o que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). A transcrição das gravações respeitou a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que foi observado em campo e registrado durante as entrevistas e grupo de discussão.

Os sujeitos pesquisados são, portanto, os profissionais de saúde da equipe estudada no seu cotidiano de trabalho, principalmente na interação com os

usuários/clientes dos serviços, sendo estes, por conseguinte, sujeitos de pesquisa assim como os primeiros. O projeto teve autorização da Secretaria Municipal de Saúde e o consentimento da equipe em participar da pesquisa. A pesquisadora se reuniu com todos os profissionais da equipe, explicitando os objetivos do projeto, as etapas previstas (métodos utilizados), cronograma e possíveis desconfortos, constrangimentos, riscos e benefícios do estudo. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais, deixando claro que cada um dos profissionais tinham total liberdade de aderir ou não ao estudo e que, aderindo, poderiam desistir de colaborar com a pesquisa em qualquer fase do estudo, sem prejuízos profissionais ou pessoais para este. A partir de então, a pesquisadora iniciou a observação participante, destacando que todos os profissionais da equipe e estagiários consentiram com a pesquisa e assinaram o TCLE. Além disso, a pesquisadora também solicitou a autorização por escrito aos usuários/clientes dos serviços (mediante explicitação dos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios desta, autonomia para aderir ou não à pesquisa, além de leitura conjunta do TCLE e posterior assinatura em caso de consentimento) para observação e/ou realização de entrevistas abertas antes dos encontros que pressupunham privacidade/sigilo profissional, como consultas/atendimentos médicos e de enfermagem, procedimentos realizados pelos profissionais em espaços privativos, visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde e demais profissionais da equipe, além de outros espaços de atendimento/atuação da equipe em que a presença da pesquisadora poderia causar algum grau de constrangimento aos atores sociais.

Em relação à participação de grupos vulneráveis, de fato, todos os usuários que procuram atendimento em um serviço de saúde, independentemente de sua idade, limitações físicas ou psíquicas, apresentam algum grau de vulnerabilidade devido à situação de enfermidade ou necessidade de algum serviço mesmo que em caráter preventivo. Os próprios profissionais de saúde poderiam de alguma forma se sentir vulneráveis pela presença de um observador externo, embora estritamente não se enquadrem no entendimento de grupos vulneráveis conforme orientações do comitê de ética. Sobre os riscos atribuíveis a este estudo, se previu a possibilidade de constrangimentos decorrentes da presença da pesquisadora em situações que

envolvessem privacidade no serviço de saúde ou no domicílio (no caso de visita domiciliar), e da exposição de opiniões ou relatos sobre a própria prática ou a do serviço, sendo que para minimizar tais riscos a pesquisadora adotou postura ética, de respeito a autonomia dos sujeitos pesquisados, além dos procedimentos já citados acima. Também foi considerada a possibilidade de perdas profissionais ou pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa. Quanto aos riscos à pesquisadora, estes não pareceram mais expressivos do que os riscos cotidianos de exercer qualquer prática, seja de trabalho, lazer ou de pesquisa.

Quanto aos benefícios, além da contribuição para o conhecimento do processo de medicalização de forma a subsidiar mudanças no âmbito da formulação de políticas de saúde e/ou mudanças de práticas; no caso dos profissionais, um benefício foi o de exercitar a ação reflexiva sobre o próprio trabalho tanto no ato de colaboração com o trabalho de campo, quanto ao receber a devolutiva dos resultados do estudo conforme compromisso ético firmado com a equipe. No dos usuários, um benefício, a princípio indireto, foi o de fornecer subsídios para a ação reflexiva da equipe sobre suas práticas de cuidado aos usuários com o intuito de desenvolver ações produtoras de saúde e com baixo grau de iatrogenias, particularmente a cultural.

Para proteção e como forma de evitar constrangimentos aos profissionais da equipe, usuários e do próprio serviço sede da pesquisa, por ocasião da publicação dos resultados, não serão divulgados quaisquer informações pessoais dos sujeitos pesquisados (profissionais e usuários), nem será divulgada o nome da equipe que sediou o estudo.

4.3. Método de Análise de Dados

Os dados foram analisados pela ótica da Hermenêutica-Dialética, conforme trazido por Minayo (1996, p. 223), embasada nas teorias desenvolvidas por Gadamer e Habermas, no intuito de tentar superar os limites “do saber técnico que quer fazer da compreensão um conjunto de regras disciplinadoras do discurso”⁶⁶, que se prenda apenas no que está visível de forma mais concreta, no epifenômeno, pela capacidade de tal corrente de pensamento realizar uma reflexão mais aprofundada, inseparável da práxis, que situa o discurso no seu contexto histórico-social, tanto dos sujeitos pesquisados quanto do pesquisador:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o *texto*, a *fala*, o *depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse *texto* é a representação social de uma realidade que se mostra e que se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais (MINAYO, 1996, pp.227-8, grifo do autor).

A Hermenêutica, que busca explicar e interpretar um pensamento, apresenta alguns pressupostos para o trato do material comunicativo:

(a) O pesquisador tem que aclarar para si mesmo o contexto de seus entrevistados ou dos documentos a serem analisados. Isso é importante porque o discurso expressa um saber compartilhado com outros, do ponto de vista moral, cultural e cognitivo. [...] (c) O pesquisador só pode compreender o conteúdo significativo de um texto quando está em condições de tornar presentes as razões que o autor teria para elaborá-lo. (d) Por outro lado, ao mesmo tempo em que o analista busca entender o texto, tem que julgá-lo e tomar posição em relação a ele. [...] [O pesquisador] busca entender porque o sujeito da fala acredita em determinada situação social, valoriza determinadas normas e atribui determinadas ações ou responsabilidades a certos atores sociais. (MINAYO, 1996, p. 222).

A Dialética acrescenta à busca de compreensão pela Hermenêutica os princípios do conflito e da contradição, “[...] fica evidente que a linguagem enquanto

⁶⁶ A autora direciona suas críticas às técnicas de análise do conteúdo: “Os refinamentos técnicos tanto da análise de conteúdo como da análise do discurso se apoiam na crença de que a ‘verdade’ dos significados se situa nos meandros profundos da significação dos textos. Ora, a absolutização dessa crença deixa em segundo plano os aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico e cultural onde o discurso circula” (MINAYO, 1996, p. 230).

possibilitadora de comunicação traduz também a dificuldade de comunicação. Seus significantes aparentemente iguais carregam conotações e significados expressivos da própria realidade conflitiva”, como aponta Minayo (1996, p. 227, 225), citando novamente Habermas (1987). Além disso,

[...] a dialética marxista considera que as relações sócio-históricas (dinâmicas, antagônicas e contraditórias) entre classes, grupos e culturas são o fundamento da comunicação humana e como nada se constrói fora da história, qualquer texto (em sentido amplo) precisa ser lido em função do contexto no qual foi produzido, porque só poderá ser entendido na totalidade dinâmica das relações sociais de produção e reprodução nos quais se insere (AZEVEDO, 2004, p.132).

Sendo assim, a interpretação dos dados sob o referencial da Hermenêutica-Dialética deve, primeiramente, ter como marco fundamental para a análise o conhecimento do contexto sócio-histórico pesquisado, e na etapa seguinte buscar desvelar, na significação particular, o “todo”. Esta etapa interpretativa, que é “o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação: é o encontro com os fatos empíricos”, exigiu a ordenação dos dados, a classificação destes em categorias empíricas, confrontadas com as categorias analíticas, “buscando as relações dialéticas entre ambas” (MINAYO, 1996, p.233, 235), para então chegar à análise final:

Desta forma a totalização final que consiste no encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, não é uma atividade nem fácil e nem externa ao investigador. Ele se inclui nela enquanto marcado pelo momento histórico, pelo desenvolvimento científico (também histórico), por sua pertinência (histórica) a uma classe social e pela capacidade de objetivação. Assim concluímos que a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 1996, p. 237).

4.4. Contextualizando o Campo

4.4.1. A escolha do Caso

A escolha da equipe de Saúde da Família estudada ocorreu por diversas razões:

- em razão de seus membros trabalharem juntos há anos, pressupondo que a longitudinalidade do trabalho no mesmo território e com os mesmos profissionais possibilita observar um certo *modus operandi*, que evidencia tanto as particularidades locais do serviço, quanto algum grau de universalidade de práticas pela adequação aos parâmetros de práticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a gestão municipal;
- esta equipe se constitui em espaço de práticas de ensino na atenção primária (estágio de graduandos em medicina e enfermagem, bem como de estudantes do curso técnico em enfermagem), já recebeu outras pesquisas acadêmicas (outras duas no ano de 2013) bem como participou ativamente na realização de uma delas em seu território (ligado ao PET-SAÚDE), o que sugere - embora não garanta - uma melhor qualidade do serviço;
- os profissionais de nível superior da equipe (médica e enfermeira) não tiveram formação prévia para trabalhar na ESF (residência médica ou multiprofissional), embora tenham se especializado em Saúde da Família durante o trabalho, o que se assemelha - em termos de formação - à boa parte dos profissionais que trabalham hoje na atenção básica;
- dentre todas as equipes do município (total de 06 ESF), esta é a que apresenta a melhor avaliação do ponto de vista da gestão e da população local; e
- a pesquisadora já conhecia o município, os gestores, alguns profissionais da equipe, o que facilitou o contato inicial e provavelmente contribuiu para a aceitação da equipe – e da gestão - em receber uma pesquisa ao moldes de observação-participante.

Como fatores contribuintes, além dos explicitados, a pesquisadora pressupôs que o fato de a mesma já ter alguma experiência de trabalho na ESF de tal município, porém em outro serviço, facilitaria a compreensão da cultura local e da organização socioeconômica e política do município em questão, essenciais para contextualizar a análise.

Quanto à possibilidade deste Caso evidenciar elementos universais da Estratégia de Saúde da Família, da melhor *performance* da Política Nacional de Atenção Básica, tem-se a favor o fato desta equipe ter sido muito bem avaliada pelo PMAQ no seu primeiro ciclo realizado em 2012, tendo o Caso alcançado o conceito de “Muito Acima da Média” em quase todos os quesitos avaliados e, por este motivo, ter recebido em 2013 uma equipe de pesquisa ligada a uma universidade pública que avaliou as eSF (Equipes de Saúde da Família) de maior destaque na avaliação do PMAQ. Poderíamos dizer que, com o respaldo da avaliação por tal programa do próprio Ministério da Saúde, esta equipe representaria a “potência máxima da política”, a despeito dos determinantes locais.

4.4.2. A operacionalização

A pesquisadora destinou à coleta de dados 90 horas distribuídas inicialmente em 21 turnos por 4 semanas consecutivas, nas quais realizou observação participante da equipe, entrevistas com os profissionais e grupos de discussão (*Quadro 1*). Foram realizados 2 grupos de discussão na primeira fase da pesquisa, um com a equipe toda e outro apenas com os ACS da equipe. Após intervalos de algumas semanas, foi realizado um segundo grupo de discussão com a equipe, para retomada da discussão do primeiro e exploração de mais alguns aspectos, além de entrevistas com a enfermeira e médica da equipe, totalizando 23 turnos de trabalho de campo. A observação se deu inicialmente em relação ao funcionamento geral da unidade de saúde, depois focando em atendimentos individuais (principalmente médicos, devido à própria organização do serviço, vide *Quadro 2* a seguir), em visitas domiciliares com os agentes de saúde (dos 9 ACS, foram realizadas visitas com 4 destes), bem como em atividades em grupos e reuniões de equipe. Foram realizadas entrevistas não-estruturadas com os profissionais da equipe (ACS, técnicas de enfermagem, enfermeira, médica) e estagiários (entre eles, internos do último ano de medicina). Quanto aos grupos de discussão, optou-se por realizar um apenas com os Agentes Comunitários de Saúde como forma de apreender em que grau a observação

participante de sua prática representava o coletivo dos ACS da equipe estudada, além de buscar acessar outras questões não observadas nas visitas (ver Apêndice 4).

Além dos profissionais da equipe, gestores locais e outros atores sociais (trabalhadores, ex-trabalhadores, professores ligados aos serviços de saúde) foram incluídos como *informantes-chave* na coleta de informações sobre o contexto sócio-político-econômico-cultural do município, tendo esta contextualização sido complementada com pesquisa documental (vide Nota 65).

Quadro 1. Cronograma de realização da Pesquisa.⁶⁷

Pesquisa	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Semana 1 Manhã Tarde	---	--- ----- Conversa com gestora da AB + Reunião com a equipe	OP - equipe / Entrevistas	OP - grupo e consultas ----- Entrevistas	---
Semana 2 Manhã Tarde	OP - equipe e consultas ----- OP - consultas	OP - VD médica ----- OP - consultas	OP - equipe ----- Entrevista com a médica	OP - grupo e consultas ----- OP -visitas dos ACS	OP - visitas dos ACS ----- OP - visitas dos ACS
Semana 3 Manhã Tarde	---	--- ----- OP - equipe e consultas	OP - visitas dos ACS ----- OP - equipe	OP - grupo e consultas ----- ---	---
Semana 4 Manhã Tarde	---	---	OP - consultas ----- Grupo de discussão com os ACS	--- ----- OP – reunião de equipe e Grupo de discussão com a Equipe	---

Legenda: OP = Observação-participante, VD = Visita Domiciliar.

No primeiro momento da chegada ao campo, como descrito no quadro, foi realizada uma conversa com uma gestora municipal responsável e, posteriormente uma reunião com a equipe, para apresentar a proposta de pesquisa e as questões éticas

⁶⁷ A concentração do trabalho de campo nos dias de terça à quinta-feira ocorreu por limitações de agenda pessoal da pesquisadora, que precisou se deslocar semanalmente para o município estudado, mantendo outras atividades de trabalho no seu município de origem. No entanto, na 2ª semana, foi realizada observação durante toda a semana, de forma a observar as diferentes atividades da equipe no decorrer desta.

(detalhes na seção *Aspecto éticos*). A gestora apresentou rapidamente um panorama atual do município - que apresenta um dos melhores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do estado e tem crescido economicamente, principalmente no setor de serviços - e enfatizou o fato de contarem com aproximadamente 200 médicos pelos dados da associação médica local, para uma população de 21.652 hab. (estimativa do IBGE para 2013): “Temos diversos especialistas, temos cirurgião plástico, 3 neurologistas, vascular, urologista, cardiologista...”. Pergunto, por saber que praticamente todos atuam na rede privada (alguns com contrato de prestação de serviços ao município): “*Mas e pelo SUS?*”. Responde: “No SUS temos 06 UBS, UPA, CEREST, CEO, SAMU...Tudo que temos, mesmo com toda dificuldade, é pela Macrorregião”⁶⁸.

4.4.3. O município

O município é de pequeno porte, porém com uma economia baseada principalmente na produção agrícola e prestação de serviços de Saúde e Educação. É jovem (60 anos), bem urbanizado, tendo surgido a partir de uma colônia agrícola implantada no local na década de 50, com crescimento vinculado à construção de uma importante rodovia. O hospital da colônia foi o embrião do sistema de saúde, em que os primeiros médicos que foram trabalhar neste serviço e se fixaram no local acabaram se constituindo em importantes lideranças econômicas e políticas, tendo criado serviços privados (que se beneficiaram do financiamento público à época do INAMPS⁶⁹) e atuado diretamente na gestão do município.

Na década de 60, a gestão do hospital da colônia foi transferida do governo federal para uma diocese da Igreja Católica. Em tempos de ditadura militar, a corrente

⁶⁸ Refere-se aos equipamentos assistenciais que possuem financiamento pelo governo federal, alguns existentes no município por este ser sede de Macrorregião de Saúde.

⁶⁹ *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*, autarquia federal responsável pela prestação de assistência médica antes da criação do SUS, que atendia apenas aos contribuintes (pessoas com vínculo empregatício formal) principalmente por instituições privadas, que possuíam repasse financeiro federal no modelo de pagamento por produtividade.

política da diocese era um tanto quanto progressista, dando suporte para o desenvolvimento de um trabalho em saúde com forte compromisso social, trabalho com a comunidade, visão integral e humanizada das práticas de saúde. Este trabalho se manteve até início dos anos 2000, com auge nas décadas de 80 e 90, período em que houve grande interação do grupo de trabalhadores do hospital com movimentos sociais da sociedade civil, instituições públicas de ensino, bem como organizações não-governamentais internacionais. Merece destaque o trabalho de pesquisa e produção de fitoterápicos, bem como o trabalho de assistência à saúde materno-infantil humanizado (ver a seguir e na Nota 73).

No início dos anos 2000, houve implantação de equipes de atenção básica (PACS e PSF) e expansão da cobertura assistencial, sob gestão municipal de atores progressistas ligados ao projeto hospitalar. No entanto, também nesta década, houve um recuo do trabalho ampliado ligado ao hospital⁷⁰ e uma mudança na sua relação com o município, que até então tinha uma relação muito marginal com aquele e passou a atuar como comprador de serviços hospitalares e de atenção secundária do hospital filantrópico e na gestão direta dos serviços de atenção primária bem como dos equipamentos que prestam serviços regionalmente (com cofinanciamento federal ou estadual): Hemocentro Regional, Laboratório Municipal, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro Regional de Referência em Reabilitação, Complexo Regional de Regulação (SISREG), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Farmácia Popular (unidade própria e outras conveniadas), Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e Academia da Saúde⁷¹.

⁷⁰ Por diversas questões, principalmente por mudanças nas configurações políticas da Igreja e, portanto, na condução administrativa e das práticas neste serviço. Cabe dizer que os profissionais que atuaram neste projeto tomaram rumos os mais diversos, passando a atuar profissionalmente (a maioria em outros municípios): na gestão federal, municipal, na ESF, no ensino em universidades públicas e na rede privada.

⁷¹ A UPA, carro-chefe da política de saúde da atual gestão federal, foi inaugurada em 2012 e a Academia de Saúde estava iniciando suas atividades durante a coleta de dados da pesquisa (2013). Havia outros equipamentos no município, como o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para DST/AIDS, extinguidos pelas dificuldades com orçamento, contratação de profissionais e pactuação regional.

A rede de atenção básica é constituída por 06 eSF e 01 NASF, sendo que a grande maioria de seus trabalhadores (profissionais de nível superior, nível técnico e ensino médio – ACS) são servidores públicos com vínculo estatutário. No entanto, no início da atual gestão, 04 enfermeiras servidoras da ESF foram deslocadas para a gestão e contratadas outras 04 como cargo comissionado. As outras duas se mantiveram em suas equipes, sendo uma servidora efetiva e uma com cargo comissionado (enfermeira da equipe estudada). Dos médicos, 04 deles são servidores públicos e outros 03 participantes do PROVAB (programa do MS já citado), sendo que uma das unidades conta com dois médicos atendendo na mesma equipe. Por que estou fornecendo estes detalhes? Para que se perceba a fragilidade do trabalho desenvolvido na ESF, com a precariedade de contratação dos profissionais e o grande poder/controlado da SMS quanto ao trabalho, particularmente das enfermeiras, que também são coordenadoras das eSF. Isso fica claro em uma fala da enfermeira em que explicita que estas cumprem o que manda a gestão: “vai vacinar cachorro, vai!” (alusão à campanha de vacinação antirrábica para cães da qual estas e outros profissionais da ESF participaram recentemente).

As referências ⁷² de atendimento de urgência, hospitalares, consultas especializadas e rede de apoio diagnóstico e laboratorial pelo SUS são: no município, a UPA, o hospital filantrópico (antigo hospital da colônia) que possui maternidade⁷³, leitos hospitalares, centro cirúrgico, laboratório, setor de radiologia, um hospital ortopédico conveniado, especialistas da rede privada (contratação de profissionais e convênio de serviços); no âmbito regional e estadual, serviços de Goiânia e Anápolis para atendimento nos níveis secundário e terciário.

O município tem uma rede de serviços privados em saúde bastante consolidada, sendo referência para atendimento da região próxima e mesmo de outros estados,

⁷² A rede primária também possui como apoio o Telemedicina de Goiás (coordenado pela UFG), o que pareceu ser ainda um recurso pouco utilizado.

⁷³ Maternidade de reconhecimento nacional e internacional pelas suas práticas humanizadas, tendo já recebido os títulos de “Hospital Amigo da Criança” (pela UNICEF/MS), “Maternidade Segura” (FEBRASGO, OPAS, UNICEF, MS), bem como prêmios do MS. Ainda hoje é referência em assistência materno-infantil para baixo e médio risco.

possuindo 08 hospitais de pequeno porte, 01 Unidade de Terapia Intensiva, 01 Instituto de Nefrologia, com serviço de Hemodiálise, diversos laboratórios de análises clínicas, bem como ampla rede de apoio diagnóstico (com 03 tomógrafos, 02 aparelhos de ressonância magnética, exames endoscópicos, entre outros), farmácias e consultórios médicos e odontológicos. Grande parte da população utiliza os serviços da rede privada, regularmente por adesão a planos de saúde (como o IPASGO – Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, o qual muitos usuários “diretos” do SUS possuem) ou esporadicamente para alguma consulta especializada ou realização de exame complementar. O município apresenta uma alta proporção de leitos hospitalares totais (privados e conveniados com o SUS) por mil habitantes: 13,1 (estimativa pelo número de leitos disponíveis no CNES e a população do município segundo o IBGE).

Chama a atenção que em um documento que a equipe pesquisada fornece para os estagiários de graduação – com informações sobre a cidade e a unidade de saúde - consta o seguinte trecho (grifo nosso):

Com quadro de profissionais capacitados, *o sistema de saúde conta com especialistas* nas áreas de ginecologia, cirurgia geral, gastroenterologia, proctologia, pediatria, anestesia, oftalmologia, cirurgia vascular, urologia, nefrologia, neurologia, psiquiatria, cardiologia, pneumologia, dermatologia, ortopedia, cirurgia plástica e otorrinolaringologia. Neste processo, são realizadas consultas médicas para diagnóstico de doenças, exames e encaminhamento a tratamentos especializados. *Atuantes na saúde preventiva as equipes de Estratégia de Saúde da Família* oferecem uma cobertura direta à comunidade.

Em outro trecho, acerca do atendimento pelo hospital filantrópico conveniado com o SUS (grifo nosso):

[...] coloca-se como *referência regional para atendimento público*, adotando e sendo parceiro das políticas públicas no sentido de oferecer à população um atendimento digno, de qualidade e humanizado. *O atendimento é orientado principalmente para uma população das classes sociais mais carentes*, vindas da zona rural e periferia [...]

Os dois trechos, somados à fala da gestora na recepção, sinalizam o grau de “deslumbramento” (relembrando citação anterior de Illich) a que os próprios gestores e profissionais podem estar submetidos com a organização da *rede privada e especializada* no município, bem como uma concepção de que o *SUS é para os*

*pobres*⁷⁴ e *ESF é lugar de prevenção* e vigilância, e não de atenção clínica, reforçando uma tradição de quem presta assistência médica é a rede privada – ou a filantropia - e o sistema público atua na prevenção, vigilância e, atualmente, em serviços que não sejam rentáveis para a rede privada ou sejam de maior interesse para o coletivo:

[...] antes da Constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência era uma prerrogativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e cabia ao Ministério da Saúde as ações programáticas, como campanhas de vacina ou de vigilância contra dengue ou cólera. Essa tradição de se trabalhar por programas e a dissociação entre vigilância à saúde e assistência estão, de certa maneira, impregnadas nos diversos modelos de atenção (GUSSO & POLI NETO, 2012, p. 159).

Pelo contexto histórico e organizacional dos serviços locais, percebe-se como o poder econômico e político da rede privada de saúde está longe de ser inócuo e coloniza não apenas o imaginário dos profissionais e gestores do SUS, mas, também, e de forma quase acrítica, o imaginário popular, promovendo a cultura de consumo e a hipertrofia do *valor de troca*⁷⁵ das ações de saúde ali praticadas, que se cristalizaram como necessidades sociais:

As necessidades sociais cristalizam-se a partir de processos complexos dependentes da dinâmica econômica, social e política. A formação econômico-social e os movimentos políticos, ideológicos e culturais é que produzem as necessidades. Escova de dentes é um bem material; consulta médica é um serviço, um procedimento, uma prática social, que têm o potencial de atender a necessidades sociais. Não são, diretamente, necessidades sociais. Determinado padrão de saúde bucal ou de saúde em geral é que são necessidades. Os bens ou serviços, as práticas ou políticas sociais, são apenas meios com valor de uso potencial, com capacidade potencial de assegurar atendimento de algumas necessidades. Trata-se de uma manobra ideológica a equivalência que se costuma estabelecer entre produtos e práticas com as

⁷⁴ Em entrevista com uma das técnicas de enfermagem da equipe (TÉC. DE ENF. 2) esta compartilhou deste cenário: “Eu acho que ainda tem muito preconceito com o SUS, acham que é coisa de pobre”. Ela aborda problemas de qualidade e tempo de espera na rede privada e suplementar e destaca que boa parte deste preconceito em relação ao sistema público se deve à desconstrução do SUS por parte dos médicos da rede privada, que no cotidiano de sua prática e seu discurso, contribuem para que os usuários percebam problemas na qualidade e morosidade apenas do sistema público e não do privado.

⁷⁵ “No capitalismo, os produtos têm um duplo valor: valor de troca e de uso (Marx, 1985). O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias. O valor de uso expressa a utilidade do produto e permite sua realização; isto é, seu consumo. A utilidade de um produto (um bem uma escova de dente, ou um serviço – uma consulta médica) é dada pelo fato desses produtos, potencialmente, atenderem a necessidades sociais. O valor de uso não é, pois, igual ou equivalente a necessidade social. O trabalho mira (objetiva) necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades. Diferença sutil, mas importante” (CAMPOS, 2000, p. 48-49).

necessidades sociais. Uma manobra que interessa ao mercado e às instituições que administram práticas sociais; uma manobra voltada para manipular a maioria, uma vez que tenta transformar um meio em fim. Assim, a consulta médica não é igual à saúde [...] (CAMPOS, 2000, p.49).

Por fim, quanto aos outros setores da organização social do município, cabe destacar que na educação, um dos principais promotores de circulação local de pessoas e mercadorias, há 04 instituições de nível superior no município, sendo 03 privadas (duas com cursos de graduação em enfermagem), 01 instituto federal e 01 instituição de formação em nível técnico. Na assistência social, há o CRASS (Centro de Referência de Assistência Social) e diversos programas de assistência, transferência de renda, profissionalização, em parceria com o governo federal, estadual e entidades não-governamentais. Quanto ao mercado formal de trabalho, este é constituído principalmente por empregos no setor público, de serviços e agropecuária.

4.4.4. A Equipe de Saúde da Família

A equipe estudada foi a quinta a ser implantada no município, em 2005, sendo que alguns ACS já trabalhavam no PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) no mesmo território. O seu território ocupa uma área mais central do município, onde está localizado o hospital filantrópico, diversas escolas e outras instituições, bem como um lar de idosos⁷⁶. Há grande variabilidade social socioeconômica e cultural dentre os usuários adscritos nas dez microáreas (uma delas sem ACS), mas no geral, com uma população que se enquadraria nas classes sociais B a D do IBGE (conforme

⁷⁶ Interessante destacar um aspecto (que inclusive cabe na análise da contribuição da formação biomédica na abordagem reducionista) que é o fato de eu ter descoberto apenas em campo (ao acompanhar uma ACS em suas visitas), que este lar de idosos – cujos idosos eu atendia quando trabalhei na ESF deste município quando recém-formada, antes do lar ter passado para a responsabilidade da equipe estudada – era inicialmente uma colônia de hansenianos, e que há idosos que estão lá há 30 anos, são extremamente autônomos, mas que por causa das medidas de exclusão da época, de separação da família, eles permaneceram em isolamento social até então. O que mais me chamou a atenção foi que um desses idosos (isolado jovem e com diagnóstico de hanseníase) eu já havia atendido, mas à época eu estava apenas focada em “acertar o diagnóstico e prescrever o medicamento correto”, um objeto de investimento bastante limitado, porém típico de um recém-formado na atenção básica, por vezes cego à complexidade do adoecimento humano.

percepção dos profissionais). De acordo com o mesmo documento da equipe citado anteriormente, esta

[...] possui uma população em torno de 4 mil habitantes, sendo 1249 famílias cadastradas e divididas entre os 09 ACS, que realizam mensalmente visitas domiciliares. Quanto aos aspectos demográficos, possui 177 pessoas menores de 5 anos, 20 gestantes cadastradas, 110 diabéticos e 443 hipertensos. Em funcionamento das 7 às 17 h, possui atendimento médico e odontológico diário, coleta de colpocitologia oncoparasitária semanal e reuniões mensais com os grupos de hipertensos, diabéticos, crescimento e desenvolvimento, gestantes e saúde da mulher (anexo cronograma da UBS). São realizados mensalmente uma média de 400 atendimentos médicos, 100 consultas de enfermagem, 120 atendimentos odontológicos, 20 visitas domiciliares por profissional de nível superior, 40 coletas de colpocitologia, 05 coletas de teste do pezinho e 05 testes da mamãe, 150 vacinas e 1000 visitas domiciliares pelos ACS. Nas reuniões com os grupos específicos são realizadas atividades educativas, atividade física, consultas médicas, de enfermagem e odontológica.

As atividades e a dinâmica de trabalho da equipe com a qual a pesquisadora se deparou durante o campo estão apresentadas no *Quadro 2*, cronograma este que a própria equipe utiliza para informar o funcionamento aos usuários e programar as suas atividades. Nele estão incluídas as atividades realizadas na própria unidade de saúde pela equipe de referência (eSF) e pela equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), não constando as atividades realizadas nos domicílios, território e reuniões com a gestão.

Quadro 2. Cronograma (agenda) da Equipe⁷⁷

Equipe	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Semana 1 Manhã Tarde	AM	VD	AM	Grupo Diabético	AM
	AM	AM + Preventivo	AM + Fisioterapia	AM + Nutricionista	AM
Semana 2 Manhã	AM	VD	AM	Grupo Hipertenso	AM
	AM	AM + Preventivo	Grupo Saúde da Mulher (Planej. sexual)	AM + Nutricionista	AM

⁷⁷ Foram mantidos os termos utilizados no próprio cronograma mensal da equipe, tais como “Grupo Diabético”, “Grupo Hipertenso” e “Preventivo”, sendo que este se refere ao dia de coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (o “papanicolau”) realizado semanalmente pela enfermeira (atualmente pela docente de enfermagem e acadêmicas), para o qual são derivadas a maioria das queixas ginecológicas. A equipe também realiza uma vez por mês um “Grupo de Saúde do Homem” e esporadicamente “Grupos de Tabagismo”, os quais não pude presenciar (não foram realizados nas semanas de observação). Sobre as características dos grupos vide descrição no texto. Sobre as Visitas Domiciliares, estas se referem ao dia de visita da médica, sendo que a enfermeira da equipe não realiza visitas ou atendimentos domiciliares regularmente. Há ainda atendimento de psicologia pela profissional do NASF, o qual não consta no cronograma.

Tarde			e reprodutivo) + Fisioterapia		
Semana 3	AM	VD	AM	Grupo Crescimento e Desenvolvimento	AM
Manhã	AM	AM + Preventivo	AM + Fisioterapia	AM + Nutricionista	AM
Tarde					
Semana 4	AM	VD	Pré-natal	AM	AM
Manhã	AM	AM + Preventivo	AM + Fisioterapia	AM + Nutricionista * Reunião de Equipe	AM
Tarde					

Legenda: AM = Atendimento Médico; VD = Visita Domiciliar; * Reunião que não estava previamente agendada, mas foi programada a fim de realizar o AMAQ⁷⁸ e o Grupo de discussão da pesquisa.

4.4.5. Os trabalhadores da equipe e outros atores

Na mesma unidade básica de saúde (UBS), estão situadas uma equipe de Saúde da Família (sujeitos do estudo) e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo que a equipe do NASF atende regularmente em todas as UBS do município. A eSF é constituída por:

- uma médica, vínculo estatutário, 7 anos na equipe e no município, tem especialização em Saúde da Família, experiência de trabalho em outros dois municípios por 3,5 anos, escolheu trabalhar na atenção básica desde a conclusão da graduação – na entrevista explicitou “vi que era o que eu queria”;
- uma enfermeira, cargo comissionado, 3 anos na equipe e de exercício profissional, tem especialização em Saúde da Família⁷⁹;

⁷⁸ “Auto-avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica”, instrumento de auto-avaliação das equipes de atenção básica, reformulado a partir do AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), o qual faz parte dos estágios de avaliação do PMAQ e se popularizou de 2012 em diante pelo fato de ter se tornado “obrigatório” para as equipes participantes de tal programa, o qual está vinculado à transferência de recursos do MS para os municípios e, em alguns locais, há regulamentação (leis municipais) que prevê o repasse de uma parcela para os profissionais da atenção básica. No município estudado, os profissionais concursados (ACS, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem) receberam quantias iguais e não proporcionais ao salário, como em outros locais. Para acessar o AMAQ: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>.

- duas técnicas de enfermagem de vínculo estatutário, tendo uma apenas 06 meses na equipe e na ESF (porém com cerca de 30 anos de trabalho na saúde pública, experiência com trabalho comunitário, hospitalar e militância na saúde coletiva), a outra com um ano de trabalho na ESF, sem qualquer experiência de trabalho na área previamente (formação concluída há menos de dois anos);
- nove ACS, todos com vínculo estatutário, com tempo de trabalho na equipe variando entre 06 e 12 anos, todos cursaram o “Curso Introdutório” para ACS com carga-horária de 40h, formação variável, de ensino médio completo à graduação (alguns ainda em formação) em Serviço Social, área ambiental, Direito, entre outras; e
- um auxiliar de serviços gerais, contratação por empresa terceirizada, trabalha há mais de 3 anos na equipe.

A ESB é constituída por uma odontóloga e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), ambas com vínculo estatutário, com 07 anos na equipe. Embora, a princípio, não integrantes do grupo de interesse para a pesquisa, há uma grande parceria principalmente por parte da ASB com as atividades da eSF, como a colaboração com atividades administrativas e de recepção dos usuários, de forma que esta profissional foi incluída entre os sujeitos pesquisados, tendo participado ativamente das discussões do primeiro Grupo de discussão com a equipe, do qual também participou a odontóloga, porém de forma mais tímida.

O NASF não se constituiu em interesse para a pesquisa desenvolvida, exceto no que concerne à participação da educadora física nos grupos educativos, bem como a avaliação dos outros profissionais em relação à sua contribuição para a clínica na atenção básica, o que parece promover mais fragmentação do que integralidade em alguns casos:

⁷⁹ O trabalho de conclusão da especialização em saúde da família da enfermeira foi um Plano de Ação para implementação de Práticas Integrativas e Complementares na UBS, para ofertar “algo diferente” e fazer frente à medicalização, conforme a própria descreveu. Ela disse não ter tido “braço, perna” para implementar, porém reconhece a importância de “remar contra a corrente” e realizar outras ofertas para os usuários que não as tradicionalmente oferecidas nos serviços.

[Nas palavras da médica acerca do trabalho da nutricionista] Falei que o NASF não trabalha. E não trabalha mesmo... Antes eu orientava tudo, dava orientações sobre dieta. Agora que tem nutricionista, não faço mais, mando pra ela. Mas ela não acompanha, só umas orientaçõezinhas e... “Então tá bom...”. Ela não acompanha a glicemia... Paciente gosta que a gente cobra: se tá bom, a gente fala; se não tá, a gente fala também... O paciente diz: A gente vê que a senhora preocupa com a gente!

Esta equipe é constituída por uma nutricionista, um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma educadora física, tendo os três primeiros uma atuação focada no atendimento clínico individual e a última na realização de palestras educativas e exercícios em grupo. Durante a realização do campo, a equipe estava em processo de reorganização do seu processo de trabalho para focar em atividades coletivas e de promoção da saúde, principalmente vinculadas ao programa do MS intitulado *Academia da Saúde*⁸⁰. Pelo observado, o NASF não desempenha a função de *apoio matricial* como proposto em suas diretrizes⁸¹.

Há a presença regular de estagiários do internato de medicina de uma instituição pública (de três a cinco estudantes) há cerca de seis anos, os quais permanecem no serviço durante todo o ano (férias de 04 semanas), usualmente com novas turmas a cada 04 semanas, e ficam sob supervisão prática da médica da equipe, contando com o apoio de um professor voluntário que realiza reuniões diárias no período noturno - atividade que desempenha em parceria com esta instituição de ensino há 14 anos - com o intuito de discutir os preceitos da ESF, a clínica sob uma ótica ampliada, relação médico-paciente, discussão de casos complexos, bem como a supervisão da apresentação de um programa de rádio local (sobre saúde) semanalmente. Atualmente, os internos de medicina estão na Unidade de Saúde por seis turnos de segunda a quinta-feira e realizam consultas médicas supervisionadas, bem como atendimentos domiciliares uma vez por semana.

Durante a pesquisa, havia a presença de dois internos de medicina de tal universidade pública e um interno de outra universidade, também pública, que estava realizando estágio optativo. É essencial destacar uma diferença importante na formação

⁸⁰ Mais informações em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php

⁸¹ Diretrizes em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

entre estas duas escolas: na primeira, o aluno tem contato com a prática clínica na atenção primária apenas no último semestre da graduação; já na segunda, os alunos têm uma presença longitudinal na atenção básica desde o primeiro semestre, sendo que o interno desta (o qual chamarei de interno 3) teve sua formação em um centro de saúde modelo da região sul do Brasil, sob preceptoria de médicos de família e comunidade que dão ênfase ao aprendizado das habilidades de comunicação na formação clínica. Como veremos na apresentação dos casos observados, esta diferença parece ser determinante da disparidade entre as abordagens clínicas deste interno em relação aos internos 1 e 2, as quais se distanciam no tocante à compreensão da clínica da atenção primária, bem como à habilidade de conduzir uma história clínica complexa com a apresentação de vários problemas simultaneamente pela pessoa.

A unidade de saúde recebe também alunos de graduação em enfermagem (do sexto e oitavo períodos, até cinco e dois alunos respectivamente), sendo que neste semestre eles começaram a ser supervisionados por uma docente de enfermagem da própria instituição e não pela enfermeira da equipe, como ocorria anteriormente. Os acadêmicos realizam consultas de enfermagem, coleta de “preventivo” e procedimentos de enfermagem. Os alunos do curso técnico de enfermagem – também presentes na unidade durante o campo - não realizam estágios regularmente, apenas uma a duas vezes por ano, sendo até seis alunos com uma enfermeira supervisora, realizando procedimentos de enfermagem e triagem para consultas. Há ainda graduandos de farmácia que estagiam no período da tarde, sob supervisão da docente de enfermagem, os quais realizam dispensação de medicamentos e orientações quanto ao uso destes.

4.4.6. Estrutura Física

Esta equipe desenvolve suas atividades na estrutura física de uma casa alugada, com boas condições, embora com adaptações (divisórias para criar uma “sala de

triagem” e uma farmácia no mesmo ambiente da recepção) e com espaço insuficiente para atendimento pelo NASF e pelos alunos de graduação e do curso técnico, os quais frequentemente utilizam os consultórios médico, de enfermagem e sala de curativos para atendimento. A estrutura física é, portanto, constituída por: uma sala de espera na varanda, ampla, com um painel grande com a “Carta de Direito dos Usuários” fornecido pela SMS; Farmácia, Sala de Triagem; Recepção; um Consultório de Enfermagem com um computador conectado à internet, onde é feita a regulação de exames e consultas de especialidades pelo SISREG; um Consultório Médico; um Consultório Odontológico; uma Sala do Teste do pezinho (sala onde fazem curativos, procedimentos, teste do pezinho e teste da mamãe⁸²); dois banheiros; uma Sala de nebulização; uma Sala de Vacina; Área externa grande com mesa de reunião, cozinha, duas outras pequenas salas, uma onde ficam as autoclaves; expurgo.

4.4.7. Organização do processo de trabalho e Carteira de Serviços

Neste momento, detalharemos a organização da agenda da eSF (vide *Quadro 2*) e os serviços oferecidos por esta, sendo que o processo de trabalho será apresentado de forma longitudinal, isto é, perpassando este tópico, mas também as próximas seções em que são apresentados os resultados da OP de atendimentos, visitas, as entrevistas e grupos de discussão. O processo de trabalho não está restrito às grades de um organograma, como desejam os *tayloristas*⁸³, mas ele está expresso, de fato, nas práticas, nos encontros, nos discursos, nos afetos.

O horário de funcionamento da unidade é de 7h às 17h, sendo que no horário de almoço entre 11h e 13h apenas uma técnica de enfermagem permanece na unidade (se revezam semanalmente) e os demais profissionais da equipe (todos com carga horária semanal de 40h) trabalham em horário comercial. É importante destacar que é

⁸² Teste com coleta semelhante ao teste do pezinho (em papel filtro) realizado no pré-natal das gestantes no estado de Goiás, por parceria do governo estadual com a APAE. Mais informações em: <http://goiania.apaebrasil.org.br/artigo.phtml?a=14071>

⁸³ Alusão aos praticantes da Racionalidade Gerencial Hegemônica, herdeira do pensamento taylorista na administração das organizações (CAMPOS, 2000).

prática comum no município que os médicos não trabalhem as 40 horas contratadas. Apesar deste fato não ser uma exclusividade local⁸⁴, há uma particularidade do município: há alguns anos a gestão tem proposto acordos informais com os médicos para que trabalhem menos horas com o salário equivalente às horas de fato trabalhadas⁸⁵. Não haveria, portanto, irregularidades neste fato no contexto local, sendo que a médica da equipe parece ser a mais rigorosa – em comparação com os médicos das outras equipes - com o cumprimento da carga horária. Esta relatou que atendia 20 pacientes por turno (40/dia), quando iniciou o seu trabalho no município, e foi reduzindo gradativamente, a ponto de à época da avaliação do PMAQ em 2012, a gestão municipal ter solicitado aos médicos da ESF aumentarem o número de consultas de 20 para 25 ao dia e cumprirem a carga-horária na unidade, sob compromisso de repassar o “bônus do PMAQ” de forma integral (que como citado foi dividido igualmente entre profissionais de todas as áreas). Ela aderiu à proposta da gestão.

No entanto, recentemente reduziu o número de atendimentos de 15 para 10 por turno de demanda espontânea (AM no Quadro 2) para atingir (e não ultrapassar) a meta⁸⁶ da prefeitura de 25 atendimentos ao se somarem o número de receitas renovadas⁸⁷ (sem a presença do usuário, mas que “contam como consulta”), devido ao fato de que alcançava 30 a 40 atendimentos por dia (contando as receitas) e era a única médica da ESF a fazê-lo, especialmente por cumprir o horário de trabalho. Esse é um pequeno exemplo de como a gestão pode distorcer boas práticas, ou mesmo premiar pelo mau desempenho e punir pelo bom trabalho:

[...] a gestão do SUS, não só na ABS, têm grande dificuldade de valorizar os

⁸⁴ Este fato é largamente conhecido como um dos principais nós da gestão do trabalho médico (com causalidade multifatorial e não restrita à corporação) e um dos fatores motivadores da publicação da Portaria 2.027 de 2011 do MS que possibilitou a adoção de carga-horária médica de 20, 30 ou 40 horas para a ESF. Ver em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt2027_25_08_2011.html

⁸⁵ Quando a pesquisadora trabalhou no município, a SMS demandava o trabalho médico por 25 horas e pagava o “equivalente” a este valor, com base no valor de mercado do salário deste profissional.

⁸⁶ Na entrevista, a enfermeira explicitou que, em um dado momento, a equipe passou a questionar as medidas tomadas pela secretaria ao aderir ao PMAQ: “Peraí, é Melhoria da Qualidade ou da Quantidade?”.

⁸⁷ Este aspecto da “renovação de receitas” merece um tópico específico, pela sua importância no cotidiano do trabalho na atenção básica e contribuição para a medicalização, no tocante à medicamentação e também a iatrogenias.

serviços e os trabalhadores mais dedicados e eficazes. O resultado desta baixa capacidade gerencial é uma valorização dos profissionais que têm baixo compromisso com seus usuários ou muita dificuldade técnica. Em relação à alguns profissionais pode-se verificar em muitos serviços uma pressão da corporação para que ele não se destaque da média, na qualidade ou na forma de trabalhar. Ou seja, a ausência de políticas que permitam valorizar profissionais e serviços mais qualificados, é, na verdade, muito menos do que “neutra”. É uma ação punitiva. (CUNHA, 2010)

Apesar de toda a dificuldade gerencial/organizacional para garantir quantidade suficiente e regular de consultas médicas, esta é a principal oferta de serviços da equipe estudada. Apesar de haver reserva de horário na agenda para os grupos prioritários como veremos adiante, a médica realiza atendimentos clínicos para usuários de todos os ciclos de vida, sem qualquer limitação por patologia em sua abordagem; não são realizados procedimentos cirúrgicos na unidade. As consultas de enfermagem, apesar de constarem no documento da equipe como representando 25% das consultas médicas, não se constatou tal proporção durante o campo, tendo sido observadas apenas consultas para coleta de preventivo, primeira consulta de pré-natal e algumas consultas de demanda espontânea, de forma esporádica.

Segundo a técnica de enfermagem mais experiente, a equipe “não trabalha com agendamento”, exceto para área rural – para a qual agendam, “a população aqui é bem educada” referindo-se ao fato de saberem sobre o cronograma da unidade e deste ser o mesmo há muito tempo. Trabalham com número definido de consultas, sendo que os usuários chegam cedo para “pegar a senha” para as consultas médicas do dia: entre 05 e 07h da manhã estão na porta da unidade “porque querem”, segundo a técnica, a qual relata que geralmente a quantidade de senhas oferecidas (10/turno) é suficiente, “acontece de passar de 20 [consultas por dia], a gente conversa, se puder esperar, volta outro dia, senão a gente orienta a procurar a UPA”, sendo eventualmente realizada uma “avaliação de risco” pela enfermeira para verificar se “encaixa, volta outro dia ou referencia para a UPA”.

A observação demonstrou uma provável insuficiência do número de consultas, durante a observação na recepção, a pesquisadora pode observar as seguintes situações: técnica atende a uma ligação telefônica e diz “Já distribuimos a senha...

Pode, pode ir direto para a UPA”; um usuário perguntou se já havia distribuído a senha, “Sim, agora só amanhã”; uma senhora que se identificou como diabética obteve a seguinte resposta “Seu marido pegou senha para ele, para você não”, insistiu “Mas a Dra. pediu para eu voltar, mostrar os exames do diabetes”, foi embora sem resposta. De toda forma, sabemos que a demanda reprimida não é de todo conhecida nem pela equipe, nem pela gestão, visto que esta divide entre serviços como a UPA, serviços privados ou mesmo, na desassistência, nas situações em que as barreiras de acesso desestimulam a procura de atendimentos de forma não linear à vulnerabilidade em saúde, isto é, não apenas para os casos de menor gravidade ou os “os casos sem importância”, como desejam profissionais pressionados pela demanda de sua população adscrita. Além disso, não foi observada a realização regular de um processo de acolhimento de demandas, escuta ativa, com algumas exceções, em que alguns pacientes foram acolhidos talvez pela forma de apresentação do caso (que acabaram mobilizando algum profissional) ou pela proximidade com a equipe. No cotidiano, a equipe realiza apenas a triagem restrita aos que conseguiram a senha, ou melhor, uma “pré-consulta” com avaliação de dados vitais e antropométricos antes de todas as consultas agendadas.

A percepção da médica é de que este molde de organização da agenda “tem funcionado”⁸⁸ e a demanda tem reduzido, a despeito da restrição da oferta: “Eu tô cada vez reduzindo o número de consultas. Eu atendia 700 quando eu entrei. Eu lembro dos meus relatórios com 700 atendimentos. Agora tá dando 500, 480, e isso porque eu atendo muito...”. No entanto, “a agenda ajuda na organização da demanda, e não a diminui-la”, como apontam Gusso & Poli Neto (2012, p.159). Buscou-se, portanto, abordar os motivos para a suposta diminuição da pressão assistencial, se seria pela abertura recente da UPA ou por um aumento de pessoas com planos de saúde, ou mesmo pela longitudinalidade, nenhum desses confirmado pela visão da médica:

Mas...se a gente falar que tem 40 vagas, tem 40 pacientes. Entendeu? Mas a gente sabe que nem todos pacientes são pacientes que necessitam consultar, eles precisam de orientação. Então reduzindo o número que agora a gente tá

⁸⁸ Em comparação aos moldes anteriores de organização da demanda, com agendamento 1 vez/semana, por exemplo, como era antes de ser agendamento diário, o que criava uma intensa sobrecarga na segunda-feira e comumente muitas pessoas não conseguiam vaga para atendimento.

com 25, acaba que a orientação lá fora é realizada e muitas vezes nem precisa de tá voltando... Mas não foi por causa da UPA não...

Tem-se feito restrição de demanda, porém sem as “orientações” ou uma forma de “acolhimento”, como levantou a médica inicialmente e posteriormente reconheceu que na prática isto não tem sido realizado de forma regular. Não se conhece ao certo o destino de tal demanda reprimida, como apontado acima, embora quaisquer das hipóteses - pronto-atendimento, atendimento por especialistas focais da rede privada, desassistência, automedicação no balcão da farmácia, etc – pressuponha um maior risco de iatrogenias, que além de iatrogenia clínica (positiva ou negativa), poderíamos dizer que é institucional por ser disparada por um (des)arranjo organizacional do serviço de saúde ou por oferta inferior às necessidades na porta de entrada preferencial do sistema.

Poderíamos dizer que tal eSF tem sido pouco funcional e, sem fazer muitos cálculos, apresenta uma “alta pressão assistencial” com uma “baixa frequência”⁸⁹ (GUSSO & POLI NETO, 2012, p. 162):

Muitas vezes as equipes que atuam na ESF se encontram na situação B [alta pressão assistencial + baixa frequência]. A principal margem de manobra, nesse caso, é tornar a equipe, que em geral tem muitos componentes [muitos profissionais], mais funcional, fazendo grande parte da demanda ser resolvida (e não recusada) antes de chegar ao médico. O grande objetivo da gestão da clínica é diminuir para o médico a demanda administrativa e ampliar a demanda assistencial (ou de problemas que necessitem de fato intervenção).

Esta demanda administrativa, o processo de trabalho médico-centrado com pouca incorporação de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe, somadas à contraprodutividade do sistema de saúde local (público e complementar), ficam claros na primeira conversa com a equipe (na apresentação da pesquisa):

MÉDICA - Aqui é muito complicado, uma cidade com 174 médicos, você já tem uma noção... Eles têm uma dependência muito grande da gente, você vai ver, muita gente tem plano de saúde, vai no médico particular e vem aqui “para a senhora passar os exames pro prontuário”, porque já tem tempo que acompanha comigo, ou para eu explicar o que deu nos exames porque o outro médico só disse que tava tudo normal ou vem aqui para perguntar se pode tomar o remédio que o outro médico passou, ou ainda, foi em 2 médicos, cada um falou uma coisa, e vem aqui para eu dar a última opinião, eu digo “não faz isso comigo”... Porque às vezes é muito difícil, opiniões muito diferentes.

⁸⁹ Esta equipe apresenta atualmente a frequência de aproximadamente 1,5 consultas/paciente/ano, próxima à média brasileira de 1,4, porém bem abaixo do que tem sido internacionalmente aceito de 3 a 4 consultas/paciente/ano (GUSSO & POLI NETO, 2012).

ACS 1 – Ah, mas isso só acontece porque é com você, porque é muito boa médica e os pacientes confiam em você, isso não acontece nas outras unidades; nas outras, se o médico explicou ou não, fica por isso mesmo.

MÉDICA – Eles dependem de tudo da gente, mesmo para assinar um papel, trocar uma receita que o médico da rede privada fez na receita errada, até isso eles fazem, ou ainda para a gente transcrever os pedidos, eu não fiz medicina pra isso.

ENFERMEIRA – E a gente fica mesmo dependente dela, se tem algum formulário que ela precisa preencher, a gente pede para a pessoa voltar quando ela tiver.

ACS 2 - [Reafirmando o vínculo com a médica aliado a “necessidade” de ir aos especialistas] Porque a gente tem que ir no cardiologista para ver o coração, ir em outro médico para ver outras parte, porque ela não pode ver o coração...[hesitação] Se bem que ela pode sim, avaliar a gente e dar um remedinho para melhorar o coração...

MÉDICA – [sorriso sem-graça] Aqui tem muitos corações ansiosos...

Nestas falas também aparece claramente o vínculo com os usuários com um dos fatores contribuintes para a contraproduktividade: pode-se, por um lado, alegar que não, que não seria contraproducente os usuários procurarem a rede privada e consultarem novamente pelos mesmos motivos ou apenas para demandas administrativas na UBS, visto que seria uma oportunidade para reforço do vínculo, de continuidade do cuidado, bem como a possibilidade de minimizar os danos iatrogênicos de possíveis avaliações fragmentadas; por outro lado, não podemos perder de vista que esta equipe trabalha com restrição de acesso, com uma “pressão assistencial” maior do que a oferta, sendo assim, é de fato contraprodutivo oportunizar acesso para este tipo de demanda, por grupos prioritários⁹⁰, por ordem de chegada ou por proximidade com os profissionais da equipe, e não priorizar por vulnerabilidade - de fato - e por necessidades em saúde. Além disso, o vínculo, ou a dependência (graus diferentes de um mesmo tipo de relação profissional-usuário), geram por si próprio mais demanda, isto é, na perspectiva de Illich (1982, p.464-465) em que o cuidado e a relação pastoral (de exortação quanto a estilos de vida, hábitos, autocuidado) expropriam o saber-poder do cuidado de si mesmo:

[...] there is no doubt that most of this care convinces the patients that whatever they themselves have changed in their life-style they owe to you. Rather than being healthier, which always means being more autonomous, your client, through your care, become more dependent, more a patient. Most general care advances the medicalization of the patient's life.

⁹⁰ Que não necessariamente representam maior vulnerabilidade ou risco. Para Gusso & Poli Neto (2012), em contextos de grande pressão assistencial apenas dois grupos deveriam ser priorizados: gestantes e crianças menores de um ano.

Corroboram com tal perspectiva alguns fatores que influenciam a utilização dos serviços⁹¹, como a relação médico-pessoa, a “demanda induzida pelo profissional” e o estilo de prática, como exemplo o profissional “ativador de retornos” (GUSSO & POLI NETO, 2012, p. 161).

Ainda pela fala dos profissionais, apreende-se que nesta equipe, de algum modo, a demanda administrativa centrada no trabalho médico pode dever créditos àquela concepção de que no SUS se pratica vigilância e atividades burocráticas, enquanto no privado pratica-se assistência médica especializada. O peso desta cultura, extremamente arraigada nos nossos serviços (a despeito do discurso da universalidade e da integralidade “pró-SUS”), não estaria reforçando esta conformação de equipe, em que os “médicos do postinho” cumprem o possível e o “minimamente” necessário atendendo a esta demanda burocrática, não se fazendo necessária a adoção de novas práticas pela equipe (em que os demais profissionais assumam boa parte de atividades) a fim de que o médico atenda a demanda clínico-assistencial, bem como um papel mais integral e resolutivo? Isto é, na fala da médica, ficou clara sua insatisfação com esta formatação - “não fiz medicina pra isso”, embora a forma de organização do processo de trabalho neste serviço apenas perpetue o problema. Faz-se necessária uma reconfiguração do trabalho interdisciplinar para potencialização das práticas e o alcance da integralidade da atenção simultaneamente à ampliação do acesso:

As equipes das UBSFs deveriam se transformar em equipes funcionais, com a transferência de conhecimentos, habilidades e capacidades para os ACSs. Dessa forma cada nível serve de filtro resolutivo para o nível seguinte, de forma que ao médico da família cheguem pacientes complicados, difíceis e complexos (e deles encaminhe aos poucos que precisem dos serviços diagnósticos e terapêuticos dos especialistas). Todos os membros da equipe deveriam ter uma agenda aberta para consultas programadas e sob demanda, seja dos pacientes ou dos outros profissionais da equipe (GÉRVAS & FERNÁNDEZ, 2011).

De fato, essa questão não é tão simples e não depende apenas de uma reorganização do trabalho intraequipe, mas de uma revisão das atribuições de cada

⁹¹ Os mesmos autores enumeram fatores ligados aos usuários, profissionais e organizacionais como influenciadores na utilização do serviço, quanto aos profissionais são citados ainda: formação profissional menos resolutiva, cobrar por produção/consulta, custos profissionais, *medicina defensiva*, insatisfação profissional, sexo/idade/experiência, bem como outros estilos de prática, como um perfil mais técnico ou pragmático, com problemas de comunicação ou ainda *influenciado pela indústria farmacêutica*.

profissional pela própria Política Nacional de Atenção Básica, dos processos instituídos, da infraestrutura e cobertura dos serviços, bem como dos objetivos da atenção básica, que ultrapassem a “pauta mínima” das ações programáticas, para o “mínimo” do cuidado geral e integral de toda a população. Apesar de a equipe poder ser considerada “pouco funcional”, o que a pesquisadora pôde observar é que esta é bastante alinhada, como boa relação entre a maioria dos profissionais; havendo compartilhamento de objetivos, diretrizes e decisões principalmente entre médica e enfermeira, que são bastante “parceiras”. No entanto, de fato a enfermeira permanece com pequena incorporação de atividades clínicas, como foco predominante em atividades administrativas, que em sua avaliação “Eu acho bom... A gente, enfermeiro, acaba assumindo responsabilidade demais”. Adiante será apresentado como essa ênfase excessiva em atividades administrativas por parte do enfermeiro acaba por contribuir para a medicalização, além de contribuir de modo muito marginal para a clínica na atenção primária, visto que boa parte destas atividades e as reuniões “fora da unidade” e junto à gestão são voltadas de forma quase exclusiva para práticas de vigilância.

Ainda sobre os serviços prestados pela equipe, além de consultas médicas e de enfermagem e da triagem e pré-consulta, são ainda realizados:

- *atendimentos domiciliares*: ACS visitam diariamente⁹², médica um turno por semana, enfermeira⁹³ e técnicas de enfermagem apenas eventualmente quando faz-se necessário um curativo, a avaliação de um paciente com PA alterada e que não consegue ir até a unidade (“visitas espontâneas” esporadicamente ou de “urgência”) ou ainda algum procedimento (mais raramente) como vacinação ou troca de colostomia em algum acamado, por exemplo;

⁹² Foram observadas diversas reclamações quanto ao fato dos ACS não visitarem regularmente suas famílias, fenômeno frequente em todo o Brasil.

⁹³ Médica e enfermeira faziam as visitas conjuntamente. Para não deixarem a unidade sem profissional de nível superior presente, passaram a se revezar semanalmente, mas começaram a aparecer reclamações, os pacientes queriam visita com a médica, na fala da enfermeira “emburrei e não fui mais” (nas visitas de acamados), “Acho que é a cultura... A figura do médico *superman* e salvador... Eles se sentem honrados com a visita do médico, além de, é claro, da atenção, a conversa com a médica [elogia as características pessoais e de bom relacionamento, vínculo da médica]”.

- *dispensação de medicamentos*⁹⁴: entrega de medicamentos da farmácia básica regularmente pelos técnicos de enfermagem ou alunos de farmácia, mas também pela enfermeira eventualmente;
- *procedimentos técnicos e administrativos*: curativos, vacinação, retirada de pontos, nebulização, lavagem auricular, administração de medicamentos injetáveis, medida de glicemia capilar, aferição de pressão arterial, terapia de reidratação oral, teste do pezinho, teste da mamãe, emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS), agendamento de exames e consultas pelo SISREG⁹⁵;
- *coleta de material para colpocitologia oncótica*: o “preventivo” ou “Papanicolau” é realizado semanalmente pelas graduandas de enfermagem supervisionadas pela enfermeira docente, e tem sido mais do que um procedimento de coleta de material, isto é, tem sido agendadas as mulheres com queixas ginecológicas para que tanto sejam submetidas à coleta bem como seja realizado o exame físico adequado, em conjunto com a médica da equipe⁹⁶, a equipe não tem

⁹⁴ Adiante detalharemos que alguns medicamentos têm sido dispensados sem prescrição médica, com características de medicamentação de queixas/sintomas não adequadamente avaliados.

⁹⁵ Tanto o CNS quanto o agendamento pelo SISREG são feitos com o uso do único computador que existe na unidade e está localizado no consultório da enfermeira, o que gera diversas interrupções quando há atendimento realizado nesta sala. Na percepção da téc. de enf.: “a nossa saúde em [município] melhorou muito... a gente resolve tudo na unidade, o paciente não precisa ir em outro lugar, resolve tudo aqui”; “a gente é porta de entrada mesmo, seja para a média e alta complexidade, e para a baixa também”; “a gente facilita a vida do usuário, mas não consegue evidenciar isso... O usuário devia saber o que a unidade faz”.

⁹⁶ Este fato não foi observado, embora relatado pela médica da equipe que a orientação de agendar no dia do “preventivo” para quaisquer avaliações ginecológicas deve-se à falta de espaço físico, visto que apenas em seu consultório há mesa ginecológica (neste dia esta realiza atendimento em outros consultórios ou procedimentos administrativos como renovação de receitas). A autora, em sua experiência de trabalho na ESF, observou equívocos induzidos por este modelo de organização, isto é, na ESF tem sido criada a falsa equivalência entre “preventivo” e “avaliação ginecológica” que pode levar a alguns desdobramentos: uso inadequado de exame de Rastreamento (população assintomática) para avaliação Diagnóstica (pessoas com queixas); realização de exames com periodicidade acima do necessário por tratar de queixas clínicas não resolvidas; não incomum que mulheres com algum tipo de queixa para a qual há um tratamento sindrômico bem estabelecido pelo Ministério da Saúde (vide Manual em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf), como “corrimento vaginal e cervicite”, por vezes fossem orientadas a aguardar o resultado do “preventivo” para então passar por avaliação médica; erro de ordem técnica pelo fato de a “inflamação” causada por algumas patologias (como as vulvovaginites) comprometerem a acurácia do exame com objetivo de detectar lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas). Esse tipo de prática pode levar a iatrogenias clínicas por dano e intervenções desnecessárias no caso de falso-positivos (em pessoas que não tinham indicação de realizar o exame), bem como por omissão, no caso de falso-negativos (quando o exame é coletado em vigência de processo infeccioso que deveria ser tratado antes da coleta de material) e de restrição de acesso para rastreamento de população-alvo assintomática (agenda de rastreamento sobreposta à de

realizado busca ativa de mulheres em que o rastreamento é recomendado (de acordo com faixa etária, periodicidade e fatores de risco);

- *grupos*: em geral não são grupos educativos, são horários reservados para usuários que se encaixam naquele perfil e que procuram a unidade preferencialmente naquele dia, sem necessidade de pegar ficha pela manhã; ocorrem semanalmente, durante todo o dia, são quatro grupos principais (ver *Quadro 2 - Crescimento e Desenvolvimento, HAS, DM, Pré-natal*), havendo ainda outros três (de saúde da mulher 1x/mês no período da tarde, de tabagismo com cronograma variável e ocorrência esporádica, de saúde do homem 1x/mês no período noturno).

Quanto aos grupos, cabe um detalhamento maior de antemão, na fala da médica: “os grupos, a gente separa um dia para eles... Grupo é mais para o gestor, porque eu atendo eles qualquer hora, mas tem que mostrar, aparecer, né...”. Pondera a possibilidade de não mais realizar esta reserva de horário nomeada de grupo, “Vamos tirar eles do grupo para vir de madrugada? Sempre fica 5 ou 6 sem atendimento...”. A médica reconheceu que a “parte educativa está muito falha mesmo”, devido ao fato que na maioria das vezes não é realizada educação em saúde em grupo. Naqueles em que há um momento inicial de educação em saúde, regularmente nos de Hipertensos e Diabéticos, ele é realizado pela educadora física do NASF. Geralmente é realizado antes da avaliação da pressão arterial e da glicemia capilar, bem como das consultas médicas: estas são realizadas para aqueles que estão com tais medidas muito alteradas (conforme avaliação de uma das técnicas e ACS, que não parecem fazer orientações, mas apenas uma triagem) ou quando os pacientes solicitam (mostrar exames, queixas, retorno solicitado pela médica, etc.).

Pude observar apenas um destes momentos educativos - embora médica e enfermeira disseram apresentar a mesma forma e conteúdo (“ela sempre fala da linhaça”), sendo realizado aos moldes de palestra, forma linear e unidirecional de comunicação emissor-receptor, sem troca ou diálogo com as experiências e

atenção clínica, não realização de busca ativa para alcance de cobertura populacional por agenda insuficiente ou alcance de metas sem cobertura adequada, entre outros).

conhecimento das pessoas ali presentes (uma plateia de idosos e pessoas de meia-idade), abordando temas tais como: alimentação, atividade física, doenças, uso de suplementos. Falou sobre osteoporose, a importância do consumo de cálcio e do exercício. Sobre exercício e equilíbrio. Sobre “Colesterol/LDL”, “Serotonina/endorfina”. Em suas palavras “Se tivesse uma pílula... Pro corpo, 'tum', sair ativo! Mas não tem... Então vamos fazer exercícios”. Falou de chás, de Alzheimer. Ensinou a fazer a soja e o leite de soja em casa. Tudo isso em cerca de 30 a 40 minutos, sendo que abordou temas e situações que provavelmente não estão ao alcance da maioria, seja por restrição de acesso econômico a tais bens de consumo, bem como pelo fato de não fazer parte da realidade de tais pessoas (cultural, social, afetiva, cognitiva), como a linhaça e a “serotonina”, por exemplo. Percebeu-se que quando a educadora física utilizava termos mais populares, todos prestavam mais atenção. Ao final, realizou alguns exercícios de alongamento e equilíbrio.

Esse tipo de educação em saúde, por mais afinado com as informações para a promoção de saúde que possa ser, contribui para a colonização do saber da comunidade com saberes especializados sem necessariamente agregar maiores graus de saúde (por sua baixa efetividade em promover mudanças de hábitos), maior autonomia, apenas reforçando a expropriação de saberes sobre o cuidado de si mesmo, os quais poderiam ser potencializados se colocados em processo dialético com o saber profissionalizado, em modelos de grupo mais dialógicos, horizontais e pautados nas experiências, na realidade dos participantes.

A equipe não possui outros coletivos que agreguem profissionais e usuários, que não os grupos mencionados. Entre os profissionais da UBS há uma reunião mensal para planejamento e uma reunião uma vez/mês apenas da enfermeira com os ACS para “fechamento de relatório” (consolidados que reúnem os procedimentos quantitativos do trabalho da equipe).

A ESF realiza diversas atividades de vigilância em saúde, executadas basicamente pela equipe de enfermagem e os ACS, o que será abordado no trabalho dos ACS. Em relação ao monitoramento e acompanhamento do cuidado clínico dos grupos prioritários, da frequência e periodicidade de consultas, bem como a busca ativa de “faltosos”, não é realizado de forma sistemática pela equipe, diferente de outros

contextos em que este trabalho de acompanhamento dos crônicos e busca de “faltosos” ocupa boa parte do trabalho da equipe.

Quanto às atividades de *Rastreamento* e *Diagnóstico precoce*, além dos testes do pezinho e “da mamãe”, e algumas que são realizadas como forma de campanha (como no caso da detecção de neuropatia e retinopatia diabéticas e da “mancha” para hanseníase), a equipe as desenvolve de modo oportunístico e não sistematizado. Isto é, não monitoram a realização ou não dos exames de rastreamento na população-alvo, mas orientam e indicam a realização de tais exames de acordo com o contato que as pessoas têm com o serviço de saúde (por ocasião de consultas ou mesmo pela demanda do próprio usuário por tais procedimentos). Isso tem ocorrido no caso dos rastreamentos para os cânceres de mama, colo de útero, próstata e cólon e reto. No entanto, como veremos a seguir, a secretaria de saúde organiza campanhas para detecção de câncer de mama e próstata, para as quais a própria equipe apresenta críticas. Atualmente a equipe diz ter adotado as orientações do Caderno de Atenção Básica do MS sobre Rastreamento (especialmente para mama e colo de útero), embora a médica pondere sobre o PSA (mesmo diante das evidências contrárias como ela mesma apresentou no grupo – ver adiante): “Eu pedia todo ano... Mas eu continuo pedindo. O que traz o homem aqui é isso!”.

Por fim, um importante serviço que é realizado pela ESF, que intencionalmente é trazido separado das outras atividades clínicas, é a *Renovação de Receitas* de medicamentos. Outros autores a colocariam no contexto do cuidado com os “crônicos”, no entanto, temos visto que na prática cotidiana da atenção básica este serviço tem sido dispensado, muitas vezes, envolvendo todos os membros da equipe e totalmente desvinculado de um cuidado real, mas meramente burocrático. Explica-se: diariamente a médica da equipe dedica uma parte do seu tempo para renovação de receitas sem a presença do paciente, as quais são inseridas no mapa de produção ambulatorial como consultas. Os medicamentos para HAS, DM e hipotireoidismo são prescritos em um cartão da secretaria de saúde que dá o direito do usuário obter medicamentos por 1 ano (ou mais, pois renova-se a prescrição quando “as linhas acabam”, se o usuário utiliza de forma irregular, fica por mais tempo com o cartão válido). A renovação de

psicotrópicos é feita de acordo com a demanda dos usuários, que fazem o pedido da receita à recepção e voltam depois para buscá-la. Há alguns anos, os ACS participavam da renovação, fazendo a transcrição dos medicamentos (a lápis) para o cartão, porém como houve muitos problemas (erros de posologia e acréscimos indevidos de medicamentos) essa rotina foi suspensa. Também os enfermeiros já participaram da renovação, mas, segundo a enfermeira da equipe, pelo fato da Farmácia Popular “não aceitar o COREN” (o registro no Conselho Regional de Enfermagem), estas deixaram de fazê-lo também.

Hoje em dia, a renovação de receitas é de responsabilidade exclusiva da médica que, pela grande demanda de receitas e outras atividades (lembrando que a população adscrita é de mais de 4.000 pessoas), mantém tratamentos sem reavaliações da terapêutica:

MÉD. - A questão das receitas... [...] Eu...sou contra. Igual, renovar receita como eu faço, muitas vezes fica 1 ano, 2 sem nem ver o paciente, mantendo uma prescrição. Mas eu não dou conta. Eu não tenho tempo pra renovar... Todos os pacientes que deixam receita pra eu renovar, ou um exame pra eu tá olhando, se eu for atender, a gente tem que atender 50 por dia! Então a gente acaba fazendo pra não deixar o paciente sem a receita. Aí quando a gente vê que tá passando do limite...

No caso de medicamentos prescritos por outros médicos, a médica faz apenas uma primeira avaliação para conferir a indicação inicial, sendo que estes são renovados de uma maneira que permite a “gestão autônoma” do tempo de tratamento pelo próprio usuário, conforme ela explicita: “[...] que os que renovo receita e que consultam... Igual essa aqui que usa venlafaxina [antidepressivo] que consulta com outro médico: na hora que ela parar de usar, ela para de vir. A verdade é essa: parou de pedir, provavelmente parou de usar”. Em geral, diz encontrar dificuldades em desprescrever medicamentos prescritos por outros médicos, principalmente aqueles prescritos por médicos mais “respeitados” da rede privada. A forma como os medicamentos são renovados favorece a cronificação de terapias e, portanto, de condições clínicas, podendo gerar danos:

Isso coloca um possível problema, muito comum na prática diária, a chamada “cristalização da prescrição”, em que: um profissional, especialista ou não, avalia o usuário em um dado momento da história natural da doença, usualmente de curso crônico, não prossegue com um acompanhamento longitudinal, mas o medicamento iniciado naquele dado momento permanece sendo usado – seja pela dificuldade de avaliar o custo-benefício e a resposta ao

tratamento em uma fase mais tardia, seja pelo vínculo do paciente com o medicamento ou ainda por deficiências dos serviços de saúde. [...] A cristalização da prescrição é uma questão que deve ser abordada, visto que ela pode gerar prejuízos aos usuários, dependência física e psicológica, maior risco de efeitos adversos com o envelhecimento e com o aparecimento de comorbidades (CARDOSO, 2011).

Poderíamos dizer que o modo de organização do processo de trabalho contribui para a medicalização e gera iatrogenia institucional, do qual a renovação de receitas poderia mesmo ser tomado como analisador (pelo seu histórico de arranjos e determinantes para a forma como é realizado), isto é, colocar em evidência que a medicalização não está restrita ao encontro clínico, na relação profissional-usuário restrita às paredes de um consultório, mas ela guarda relações diretas com as práticas de gestão de programas e políticas, desde o dimensionamento da cobertura destas às ações a serem viabilizadas pelo setor saúde.

4.5. A medicalização na percepção e no fazer da equipe

Após um panorama inicial de como essa equipe se organiza, apresento as percepções sobre medicalização que apareceram nos grupos de discussão com os profissionais desta. Neles, surpreendentemente, foram relatadas diversas práticas da equipe consoantes com medicalização. No entanto, é interessante destacar que no primeiro grupo, apesar de terem sido levantadas formas, causas e consequências de medicalização, elas foram associadas à *Mídia*, aos *Usuários* e mesmo à *Gestão* e a *fatores Organizacionais*, com baixo grau de reconhecimento da responsabilidade dos próprios profissionais de saúde na medicalização, de fatores relacionados ao saber e ao fazer destes. Já no segundo grupo, esses atores aparecem de forma um pouco mais explícita, bem como apareceram algumas explicações para a ocorrência da medicalização de acordo com o levantado no primeiro grupo, com destaque para a contribuição da rede privada e especializada de saúde, forte produtora de iatrogenias clínicas, sociais e especialmente estruturais naquele contexto.

A discussão foi iniciada com a seguinte pergunta: *O que é medicalização para vocês?* Dela surgiram conceitos/situações que remetem principalmente às seguintes categorias enumeradas. Durante a discussão, a pesquisadora foi dialogando com o apresentado, anotando tais conceitos em cartazes e também realizando provocações no momento em que era pertinente avançar a discussão, conforme relatado a seguir. Este agrupamento nas categorias de I a V foi realizado durante análise de dados do material levantado. O segundo grupo foi iniciado com o resgate dos conceitos que foram levantados no primeiro, tendo a pesquisadora solicitado que relatassem casos capazes de ilustrar o discutido no anterior, identificassem que outros atores estariam implicados na medicalização, bem como abordassem como percebiam a contribuição deles a favor ou contra tal processo. Os resultados das discussões do segundo grupo com a equipe aparecem entremeados aos do primeiro, bem como alguns fragmentos são utilizados nas outras seções em que se aborda a medicalização no âmbito da atuação de cada núcleo profissional. Alguns trechos das entrevistas também são apresentados, de forma a melhor exemplificar as categorias surgidas nos grupos.

I. Medicamentalização: *Uso de medicamentos, Automedicação, Hipocondria, Acesso a medicamentos / Prescrição de / Excesso de / Uso indiscriminado de (automedicação e prescritos), Incentivar o uso de medicamentos (“de farmácia”), Ação do medicamento no tratamento e “Medicamento em Ação”⁹⁷*. A equivalência entre medicalização e Medicamentalização foi a que primeiro apareceu no discurso dos profissionais, eles próprios elencaram os termos em itálico, tendo aparecido exemplos muito mais relacionados à demanda dos usuários aos profissionais da unidade em relação a medicamentos (apenas na categoria V aparece a medicamentalização relacionada também a fatores dos profissionais e organizacionais):

TÉC. DE ENF. 1 - Paciente que vem aqui até à unidade querendo pegar um medicamento que às vezes o vizinho usa, outra pessoa usa, ele não tem receita, ele acha que pode usar o mesmo, o que resolveu o problema do amigo ou do parente, também vai resolver pra ele também... Acontece muito...

ASB - Querer o remédio pra ter em casa...

TÉC. DE ENF. 1 - É, estocar, pra hora que precisar, tá lá.

ACS 3- Tomou o medicamento algumas vezes e foi bom, aí quer repetir, não quer ir ao médico novamente...

Não foi explorado até que ponto estas demandas são atendidas ou negadas pelos profissionais sem uma avaliação da real necessidade do usuário, o que poderia separar em que grau isto de fato se enquadra em medicalização apenas, ou em uma resposta à necessidade de saúde. Durante a observação e também em relato da enfermeira (detalhado à frente), evidenciou-se que, em algumas situações, os profissionais da recepção entregam medicamentos sem prescrição e mesmo sem exploração da demanda:

Nos países ricos ou rigidamente disciplinados, o hábito de medicamentos é devido principalmente à mediação do médico. [...] Os países pobres que não podem se dar ao luxo de uma dependência cara-a-cara com profissionais arranjam-se entretanto para não escapar à iatrogênese, graças ao uso imposto das especialidades farmacêuticas (ILLICH, 1975a, p.53)

Merece destaque a visão da Medicamentalização (quase) como sinônimo de Automedicação entre os ACS. Esta, também chamada de autotratamento, é uma das

⁹⁷ Este trocadilho levantado pela ACS 2, no calor da discussão, não foi explorado, e, portanto, os significados deste significante ficaram perdidos...

formas tradicionais de cuidado com a saúde, sendo que Helman (2003, p.72, 73) a inclui como uma das opções do *setor informal*⁹⁸ de assistência à saúde:

Esse [o setor informal] é o domínio leigo, não-profissional e não-especializado da sociedade, em que primeiramente se reconhece e se define a falta de saúde e onde são iniciadas as atividades de cuidado à saúde. Esse setor inclui todas as opções terapêuticas a que as pessoas recorrem sem pagamento e sem consulta a provedores tradicionais ou praticantes da medicina. [...] As pessoas que ficam enfermas normalmente seguem uma “hierarquia de recursos”, desde a automedicação até consultas com outras pessoas. O autotratamento baseia-se em crenças leigas sobre a estrutura e o funcionamento do corpo e sobre a origem e a natureza das doenças. Essa forma de tratamento inclui uma série de substâncias como remédios industrializados, remédios da tradição popular ou crenças e superstições, além de mudanças na dieta e comportamento. [...] A maior parte da assistência nesse setor se dá entre pessoas que já estão ligadas entre si por laços de família, amizade ou vizinhança ou pelo pertencimento a organizações religiosas ou profissionais. Isso quer dizer que tanto o paciente quanto a pessoa que cura compartilham pressupostos semelhantes sobre saúde e doença, e a ocorrência de equívocos entre essas duas pessoas é relativamente rara.

Veremos mais adiante, na seção específica da medicalização entre os ACS, como esses incorporam, de forma geral, um discurso armado contra a automedicação. O que é preciso problematizar - e que aparece na categoria *III* - é o autotratamento em tempos de cultura extremamente medicalizada e iatrogenia estrutural, o que de certa forma leva esta prática tradicional de autocuidado para a interface com o *setor profissionalizado* da assistência: os usuários demandam os medicamentos industrializados para os profissionais, porém na mesma lógica em que operam no informal, causando tensões entre as concepções de saúde-doença, limites e responsabilidades – sociais e legais.

Notou-se ainda que os profissionais de nível técnico e superior reconhecem mais facilmente a medicalização como uso excessivo de medicamentos *prescritos* e industrializados, tendo eles levantado tais conceitos, sempre atrelados à demanda dos usuários, como veremos adiante. Em poucos momentos os ACS parecem associar a Medicamentalização ao consumo de medicamentos, quando outras terapias não-

⁹⁸ Segundo Kleinman (apud HELMAN, 2003, p. 72) haveria três setores – sobrepostos e interligados – de assistência à saúde: informal, popular e profissional.

medicamentosas e mudanças de estilo de vida seriam tão ou mais benéficas, o que remete também à categoria III:

ACS 6 – *Tem aquelas que tomam em excesso, não pode sentir uma dor, nada...* “Ai, tô num mal-estar...” Em vez de se alongar, fazer um exercício. Convida: “vamos fazer um exercício? Tá tendo alongamento todo dia às 6h da manhã, tem 5 da tarde, 6 da tarde.” “Ah, eu não tenho tempo”. Sempre existe aquela reclamação que não tem jeito de ir por causa daquilo ou daquilo outro. Nada pode esperar! Mas você se entupir de remédio, você pode.

ENF. – *Mais fácil tomar uma cápsula do que mudar um hábito...*

ACS 6 – *É mais fácil você tomar uma caixa de remédio! Acabar com seu estômago, estragar o seu rim, do que você lá, se alongar todo dia, fazer um exercício, né... [...]*

ACS 1 – O povo reclama muito disso, é mais rápido... *É questão de tempo, se você toma remédio é menos tempo do que você ir lá alongar.*

II. *Sobremedicalização: Acesso e Frequência de uso dos médicos, Facilidade de acesso aos médicos no contexto geral, Consumo Excessivo.* Estes conceitos foram levantados após uma segunda provocação da pesquisadora de que medicalização, em sua concepção mais próxima da etimologia seria “tornar médico”. Logo após do aparecimento de tais termos em grifo, foi feita nova provocação: *Qual o problema nisso, no acesso e no excesso? Excesso de oferta, de cuidados em saúde em geral? Desde excesso de exames, de procedimentos, de consultas? Em alguns momentos convive o excesso com a falta?*

ENF. - Tudo em excesso faz mal pra saúde, né? Inclusive... *Acesso à saúde demais...* Então assim, *passar por exames demais, usar medicamentos demais, consultar com o médico*, aí quer uma segunda opinião, outra segunda, aí quer ouvir a terceira opinião, aí vai no especialista do especialista, porque tem o IPASGO, tem o SUS, conseguiu agora entrar na UNIMED, então... Tem muito paciente que às vezes deixa de comprar uma coisa pra ele que ele tá precisando para poder pagar um procedimento médico que não tem no SUS ou que tá demorando e ele não quer esperar... Então eu acho que o excesso.. Essa *busca pela saúde perfeita* também... Tudo em excesso faz mal, até a busca pela saúde...

Neste trecho a enfermeira relaciona o consumo excessivo às múltiplas entradas no sistema de saúde (públicas e privadas, básicas e especializadas), ao acesso direto à rede especializada⁹⁹, bem como à lógica de mercadoria¹⁰⁰ na saúde induzida pela rede privada, como aparece na fala da médica:

⁹⁹ Um dos informantes-chave da pesquisa aponta que no município “o lucro supera o interesse pela saúde”, ilustrando que “tem urologista que ganha R\$20.000 por mês para fazer litotripsia pela prefeitura,

MÉD. - Aqui em [nome do município] e nas grandes cidades, *eu acho que o que leva a gente à medicalização é facilidade de acesso*. Igual, aqui [no município] é *muito fácil você consultar com um especialista*. E grande parte da população é funcionário público e tem plano de saúde. *Então pela facilidade eles acabam indo; se vai, o médico acaba solicitando; se solicita, no retorno, é difícil ficar sem o remédio*. Aqui acontece muito isso... Muitas vezes a gente atende, diz “não, não precisa, tá tudo normal”. Aí sai, talvez não satisfeito, chega lá, ele passa, “Não, Dr. Fulano foi bom, pediu Tudo!” Igual... Esses dias mesmo eu atendi uma senhorinha... O que ela tem... 80 anos. Um quadro de osteoporose, coisa que ela tem e vai continuar e não adianta, tá lá. Só que eu sempre evitei de ficar pedindo exame demais dela. Raio-X eu tinha, isso e aquilo, tinha. Mas aí ela tirou R\$800, do dinheirinho que ela tinha guardado - ela não tem plano - foi num ortopedista, o ortopedista pediu tudo – tomografia, etc – não mudou em nada o diagnóstico. Entendeu? Mas aí ela voltou aqui e falou “Nossa...(foi até a filha dela que falou) Minha mãezinha teve lá no Dr. Tal. Nossa... Foi bom, fez um check-up! Fez tudo! Ela tá ótima!” Não mudou em nada o tratamento! Eu não sei que ponto é esse que tá ótima. Realmente ela parou de vir aqui. Mas o remédio que ela usou foi um anti-inflamatório... [...] *Mas muitas vezes a gente segura porque não tem necessidade, mas como lá no particular, no privado, eles acabam solicitando, a gente...*¹⁰¹

Em outros momentos, a médica e outros profissionais levantam os interesses econômicos e a falta de ética como alguns porquês de a rede privada e especializada medicamentarizar mais, solicitar mais exames, realizar mais procedimentos:

MÉD. - [...] não tinha necessidade, *mas como você vai em busca, você vai atrás de algo, o médico acaba se sentindo obrigado a passar alguma coisa...* E isso acontece muito, talvez não na unidade de saúde [UBS], porque a gente conversa mais. Mas no sistema privado: “eles vem aqui, pagou tantos reais pela consulta, fez tantos exames, eu tenho que passar alguma coisa, de preferência uma coisa cara, pra mostrar que é um remédio bom”. Infelizmente a gente vê isso. [...]

ACS 3 - Minha mãe mesmo, consulta com uns médicos particular aí, eles falam até a farmácia, “você compra nessa farmácia”. Às vezes é até mais caro.

MÉD. – E a maioria dos médicos... Eles tem... Ou eles fazem exame complementar, laboratório e farmácia médico não pode ter... Igual, Dr. Tal é ginecologista e ele faz ultrassom, faz isso, faz isso. E aqui em [município] tem um tal de “eu só aceito se for o meu”. Eu nunca vi isso. Nem olha! O cardiologista tal só aceita o doppler se for o dele!

aí ele indica o procedimento para qualquer pessoa com cálculo de 4mm”, um exemplo claro de intervenção desnecessária induzida pelo interesse no lucro e excesso de oferta no contexto local.

¹⁰⁰ Bem representada pela expressão “fazer shopping” utilizada pelo MFC Paulo Poli em apresentação em congresso científico acerca da atitude, ou intenção, de alguns usuários que vão à Unidade Básica de Saúde demandar o consumo de medicamentos, exames, etc. Estas demandas do usuário e tal expressão me remetem ao trecho de uma canção do músico brasileiro Zeca Baleiro que diz “Sofrimento não é amargura / Tristeza não é pecado / Lugar de ser feliz não é supermercado”.

¹⁰¹ A médica não finalizou a frase, mas outras falas demonstraram algo de uma concepção muito difundida entre os profissionais que é a de “se eu não pedir, se eu não prescrever, ele vai em outro, que vai pedir ou vai prescrever, então eu...o faço” determinando em algum grau a suas condutas. Ver categoria V.

Quanto a essas questões, Illich (1975a, p.106, p.97-98) aponta “A valorização da saúde-mercadoria é sintoma da organização dos poderes em favor da produção heteronômica” e pondera um dilema que é fundante nesta realidade em que saúde e consumo de procedimentos são tomados como equivalentes: “Quem pode avaliar, em termos de dinheiro ou sofrimentos, o valor dos cuidados médicos que recebe? Quem pode dizer se é melhor para sua saúde consumir serviços de seu médico ou os de sua agência de viagem [...]”. No plano de ação da enfermeira (ver Nota 79), ela elabora a seguinte análise, que também está bem esquematizada no quadro de “apreciação situacional” no Anexo 2:

Um dos nós críticos identificados no acesso a saúde como incentivo à cultura da doença em [município] seria a grande quantidade de estabelecimentos de saúde e a facilidade de acesso. Movendo assim, uma oferta de profissionais, gestores e setores que necessitam de uma comunidade “adoecida” que carece de acompanhamento. Essa acessibilidade acarreta uma série de tratamentos desnecessários que supervalorizam o modelo biomédico e hospitalocêntrico. Como consequência, vivenciamos o aumento de iatrogenias, hipermedicação, procedimentos invasivos desnecessários [...]

No mesmo plano de ação, ela problematiza os desdobramentos da organização dos serviços em saúde em busca da garantia do acesso, frente ao “jogo de interesses” de um município que é sede de regional de saúde e apresenta uma relação extremamente imbricada, de dependência e de pactuações com a rede privada de saúde:

Todo município busca através de recursos institucionalizar e proporcionar o acesso a saúde de sua população, o que é uma determinação do ministério da Saúde através de suas diretrizes. O que ainda não se sabe é, quais consequências serão geradas a partir de tanta oferta e obviamente de quanto lucro e jogo de interesses se mascaram por detrás de um município de pequeno porte, que historicamente foi se transformando em referência no norte goiano. É importante ressaltar, que para os municípios vizinhos, o benefício é considerável e diria que até satisfatório. Mas uma questão se repete constantemente em quem está inserido na máquina da Saúde da Cidade Polo. Refiro-me tanto, na esfera pública, quanto privada, já que as pactuações são inúmeras e rentáveis.

III. Cultura medicalizada ou Iatrogenia estrutural: Busca pela saúde perfeita, Busca por um diagnóstico/doença (por parte dos usuários), Transferência do cuidado para o profissional, Terceirização do cuidado, Ausência de busca de soluções próprias (chás, produtos naturais, outros), Desconforto/sintomas como anormalidade/doença.

ASB - Tem uns que quer descobrir, parece...
 ACS 2 - Aí descobre e acha ruim, então... (risadas)
 ASB - Tem uns que quer ter qualquer coisa. Tem paciente que quer ter. Doença! É... *Quer ter um diagnóstico, quer porque quer! Eles vai em todos os especialistas procurando alguma coisa que eles tem.*
 ACS 1 – Tem uns que passam então nos médicos, *tá sentindo, tá sentindo, tá sentindo...*
 TÉC. 1 – Outros vem, aí faz a consulta, aí sai...“Passou só uma dipirona, olha aqui, ó...”
 AUX. DE SERV. GERAIS - “Só um paracetamol...”
 TÉC. 1 – “*Só um paracetamol! Eu tô precisando, disso, daquilo...*”
 TÉC. 2– *Acho que houve uma transferência sim do cuidado para o profissional. Acho que as pessoas hoje... Eles não buscam, sabe? Uma alternativa, não... Acho que é médico, é remédio, é exame.*
 ASB - Houve uma *terceirização do cuidado?*
 TÉC. 2 – Exato. [...] Eles não buscam recursos naturais... Tudo é médico, ou é remédio ou é exame... Antigamente você sentia alguma coisa tomava um chá, senão melhorava com um chá... Hoje não existe mais isso não...
 MÉD. – Ou até mesmo *encarar aquilo que você tá sentindo como uma coisa natural, e não como uma doença...* Tem gente que às vezes chega aqui com uma dor, um desconforto abdominal uma vez, duas, e já quer que a gente encontre uma doença. Já quer um diagnóstico.
 ODONTO – *Quando eles não têm o diagnóstico pronto...*
 MÉD. – Até o tratamento...

Os profissionais da equipe falaram muito sobre a força da demanda do usuário sobre o consumo de consultas, exames, medicamentos. Existiria uma percepção mais acentuada da medicalização entre equipes com maior “pressão assistencial”? Ou a ênfase que dão à “pressão dos pacientes” reflete a dimensão real da cultura medicalizada? O que se sabe é que tanto o autotratamento como a busca de terceiros para solucionar problemas de saúde são práticas que acompanham a espécie humana - “se medicalização for usar medicamentos, procedimentos, não existe medicina, só existe autocuidado”¹⁰² – bem como as pessoas sempre têm ideias, concepções sobre os seus problemas, com as quais os profissionais precisam saber dialogar e não apenas impor ou aceitar:

Em geral, os médicos falham na busca de um plano de intervenção conjunto, e esse aspecto da abordagem centrada na pessoa é essencial para evitar mal-entendidos sobre medicação e para redução de exames e de encaminhamentos, bem como para promover a aderência ao tratamento. *Definir o problema a ser manejado, por meio de um diagnóstico ou da tranquilização, é essencial, pois ter entendimento ou explicação sobre sintomas físicos ou emocionais preocupantes é uma necessidade humana fundamental.* Dar uma denominação (nome, rótulo, designação) para o problema que a pessoa está

¹⁰² Observações realizadas pelo Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos, durante qualificação desta dissertação.

enfrentando é importante, pois: Ajuda a pessoa a entender a causa; Fornece uma ideia do que esperar em termos de evolução do problema; Permite dar informações sobre o prognóstico. As pessoas costumam formular uma hipótese sobre o que têm antes de apresentarem-se ao médico e constroem seu modelo explicativo. Assim, cabe ao médico validá-lo ou não e para explicar o problema e o manejo recomendado de forma consistente com o ponto de vista da pessoa de modo que faça sentido nas palavras dela, que ela entenda e concorde com as recomendações (LOPES, 2012, p. 120, grifo nosso).

Neste trecho, o autor chama a atenção para o fato da necessidade da compreensão de si e do processo saúde-doença que as pessoas levam para o encontro clínico, valorizando os aspectos positivos em nomear os problemas de saúde. Por outro lado, sabemos que este aspecto “conceitual” da medicalização é um dos que mais avança, isto é, hoje estamos “nomeando”, definindo em termos médicos problemas não-médicos, abrindo espaço para medicalização de todo e qualquer desconforto ou sofrimento da experiência humana: uma busca compartilhada que envolve interesses de diferentes atores, como os próprios usuários e o complexo médico-industrial (CONRAD, 2005).

Numa sociedade mórbida, prevalece a ideia de que a má saúde definida e diagnosticada é infinitamente preferível a qualquer outra forma de etiquetagem negativa. Isso é melhor do que ser catalogado como criminoso ou agitador, como preguiçoso, como simulador. Cada vez mais as pessoas sabem no subconsciente que estão fatigadas e doentes por seu trabalho e seu lazer passivo, mas querem ser enganadas e que se lhes diga que a doença física isenta-as de toda responsabilidade política e social. Querem que seu médico se comporte com um homem de lei ou como um padre (ILLICH, 1975a, p. 75, grifo nosso).

O que de fato não se pode perder na prática clínica, e é um risco da radicalização em não tratar de “problemas não-médicos”, é o acolhimento do sofrimento da pessoa, uma visão integral do adoecimento, sob pena de negar cuidado a pessoas que não tenham um diagnóstico biomédico conhecido.

MÉD. – Tem paciente que vem, não tem nada... Você conversa, orienta, ele sai super feliz. Nossa, que bom, uma consulta de rotina, né...

ACS 1 – “Graças a Deus que no médico não tem nada”!

MÉD. – Aí já tem outro que chega, tá bem, faz exame e não deu nada. Sai... “não presta!” Aí fala “mas passa pelo menos uma dipirona pra eu levar pra casa...”

ACS 2 – Aí chega lá fora e fala pra nós assim “Ah, não adianta vim nessa médica não...”

AUX. DE SERV. GERAIS – “Me da só uma dipirona”...

ACS 2 – “...faz e não dá nada... Não tem nada!”

Essa tensão - explícita nas situações levantadas pela médica - coloca em evidência o quadrante da Prevenção Quaternária, tal como proposto por Jamouille (abordado no capítulo 3), em que médico e pessoa discordam acerca da presença de uma doença, quando então o relacionamento e a comunicação deve ser mais estreitado para que seja terapêutico e proteja a pessoa de “invasões médicas” desnecessárias.

IV. Cultura institucional preventivista e higienista: (a) *Informação em saúde (cartazes educativos, mídia) que causa medo e preocupação*, (b) *Geração de demanda desnecessária (pela informação sobre prevenção)*, (c) *Efeito adverso da prevenção/rastreamento (pode causar sofrimento, diminuição da qualidade de vida, mudanças na rotina)*, (d) *Colocar na balança os efeitos (benéficos e maléficos)*, (e) *Intervenções em saúde para atingir metas / ganhar recursos (não para gerar saúde)*, (f) *Campanhas e levantamento de necessidades de saúde que conduzem ao Papel de Doente*, (g) *Risco como doença*.

(a) TÉC. DE ENF. - Esses dias eu vi um cartaz falando que dolorimento na mama e um carocinho é uma suspeita de câncer de mama. *Vai fazer fila! Todo mundo achando que dor na mama é um câncer, né?! Então assim, eles não têm... Toda informação que vai pra eles, parece que vai uma informação conturbada, pra alertar as pessoas de doença...*

ENF. – O Dráuzio Varella no Fantástico, tem coisa pior domingo à noite?

ACS 2 – Tem não...

MÉD. – Tem coisa pior segunda cedo?

ENF. – Porque ele amedronta de certa forma... *Do jeito que ele passa a informação...* Todo mundo acha que tem aquele sintoma, né...

ACS 1 – Mas isso não é bom, não?

(b) / (d) PESQUISADORA – [intervenção] Vamos pegar o que a ACS 1 tá falando. Vocês falaram disso como uma coisa ruim, que gera demanda, né? Vamos dizer, esse tipo de informação em saúde inclusive gera uma demanda a mais para a unidade de saúde, que pelo que eu tô entendendo vocês acham desnecessário, né? Gera uma demanda desnecessária... Mas a ACS 1 perguntou, “*Mas isso não é bom?*”, que a pessoa fique preocupada e busque...

ASB – Cuidados, é....

PESQUISADORA – E busque informação, que busque os profissionais... O Que vocês acham?

ACS 2 – É bom... Até que ponto que é bom?

ODONTÓLOGA – Tem que colocar na balança...

ASB – É bom...

ACS 2 – Tem pessoa que nunca foi fazer um autoexame da mama, nunca fez um preventivo, igual já *aconteceu duas vezes na minha área*, a mulher com mais de 40 anos e nunca fez um preventivo, então assim, num caso desse aí até que... Né? Até que conta... Porque às vezes a pessoa nunca interessou a procurar, a se cuidar de si própria, interessa em fazer um exame... Nesse ponto, né. *Quando é um cartaz mal informado a pessoa fica descontrolada*. É igual quando teve o caso da febre amarela, “tem que se cuidar, olhar se a

vacina tá em dia"... Mas foi uma coisa tão assim que gente que tinha só um ano, dois anos, e *queria vacinar e não precisava*... E eles queria porque queria vacinar. Então tem coisa que não passa a informação direito...

ACS 1 – Igual aquela vez da campanha de próstata, falou-se que a gente tinha que fazer um preenchimento com todos os homens, preencher um questionário e... Assim, normalmente, através daquele questionário *você passava um pouco de medo nos homens, que tem que ir, que tem que tratar no início, os homens não gostavam de ir, muita gente foi meio contrariado*, mas foi, muitos a partir daquele ano passou a se tratar frequentemente, e houve muita *descoberta de caso no início*. Muita gente da minha área, eu era da zona rural, foram quatro pessoas que vieram e fizeram cirurgia e hoje tão bem. Já tava com câncer no início.

MÉD. – Mas o que as pesquisas mostram é que você diagnosticar uma doença enquanto não está sentindo nada e diagnosticar quando ela começa a sentir, não muda em nada o tempo em que ele vai ficar vivo. Então assim, não aumenta em nada, entendeu? O que mostra as pesquisas é que ele vai ter tempo de... *Talvez tempo de sofrimento maior*. Tanto é que, o último manual que chegou de rastreamento, fala que não tem necessidade de fazer PSA em paciente assintomático. Claro que a gente continua pedindo, se paciente vem eu vou virar e falar "não vou pedir"?

ACS 1 – E onde que entra a prevenção?

MÉD – Orientação... Dos sintomas. [...]

A "sobreinformação" aparece no discurso dos profissionais diretamente relacionada aos conceitos da categoria II, cultura medicalizada. É possível ver, no cotidiano dos serviços, a influência da grande mídia na percepção das pessoas sobre seus corpos, o adoecimento, o cuidado em saúde:

[...] surgem medos ancestrais. Com frequência, é o resultado da medicalização de medos. Por isso temos invasões de pessoas com queixas cardíacas na manhã de segunda-feira, por terem visto um site ou programa de tevê sobre cardiopatias na noite de domingo; mulheres com cancerofobia como resultado de todas as mensagens que ouvem sobre o câncer de mama; e pacientes "normais" patologizando tudo que desvie da "normalidade" (JAMOULLE, 2011).

Ainda na fala dos profissionais, percebe-se como este tipo de informação pode ser iatrogênica e impactar na rotina de trabalho. Os benefícios de tal informação em massa são questionados, mesmo na fala da ACS 2 que pondera ser positivo por levar algumas pessoas a procurarem medidas eficazes de prevenção. É preciso por em pauta, na balança, em que grau todas estas informações são necessárias de fato, e a quem elas interessam? Quais são os efeitos benéficos e indesejados da informação?

The potential consequences of preventive measures include: possible disruption of cultural and individual capacities to cope with sickness, pain, and death; increased fear and perception of illness where none exists; and clinicians' frustration over a growing list of requirements that are impossible to accommodate within the clinical visit. (GÉRVAS, STARFIELD, HEATH, 2008, p. 1997)

Houve muita discussão com posições claramente divergentes entre profissionais de nível médio (especialmente ACSs e ASB) e de nível superior (médica e enfermeira) acerca da prevenção e informação em saúde. A médica enfatizou que esta posição contra o rastreamento era em relação ao PSA e câncer de próstata, e não relação aos outros tipos de câncer. A enfermeira pontuou as possíveis iatrogenias e intervenções desnecessárias nas situações em que se detectam lesões de colo uterino no exame de “preventivo” que apresentam grande probabilidade de regredir espontaneamente sem necessitar de mais procedimentos e consultas especializadas¹⁰³: médica imediatamente intervém “mas o que a [Enfermeira] está falando não quer dizer que não vou fazer exame para não descobrir, mas sim vou fazer o exame sem o excesso de intervenção”. A despeito das explicações, observou-se bastante incômodo e estranhamento pelos profissionais de nível médio acerca destas limitações de práticas preventivas, tendo eles questionado, de forma insistente, sobre os pressupostos de que “quanto mais precoce melhor”, que descobrir no período assintomático pode “evitar que vire câncer” ou ainda “aumentar a chance de cura”, e que se “estiver sentindo está mais grave”. Manifestaram desconfiança quanto às recomendações “do governo” acerca da não-intervenção (como no caso do não-rastreamento universal para câncer de próstata com o PSA); na visão de boa parte deles essas recomendações têm mudado com o objetivo de minimizar gastos públicos e conter a demanda por atendimento:

¹⁰³ A enfermeira participou de treinamento das equipes de SF do município com a finalidade de reduzir as intervenções (diagnósticas e terapêuticas) desnecessárias em relação ao câncer de colo de útero, com a justificativa de que “muitas lesões somem sozinhas”, tem que “deixar quieto lá”: “É muito complicado aqui [no município], às vezes tem ginecologista que com qualquer resultado de ASCUS, já pede uma colposcopia, uma cauterização e até mesmo uma histerectomia, dizem, ‘ah, já tem 2 filhos, mesmo em idade fértil, não serve pra nada’”. Segundo ela, os profissionais médicos resistem, tem medo: “não vou deixar de fazer o que faço, porque o *Meu Diagnóstico* não vou mudar, depois acontece um problema e quem tem problemas sou eu”. Ela pondera as limitações deste treinamento realizado para adoção de novas práticas, limitações semelhantes a observada na uniformização de condutas por meio de diretrizes clínicas, nas quais os profissionais médicos se apoiam na sua experiência e na autonomia de decisão clínica, a despeito de recomendações com maior evidência científica. O que a enfermeira chama a atenção inicialmente nesta fala é para a questão do “Sobrerastreamento” e, por conseguinte, “Sobrediagnóstico” e, na sequência, para o “Sobretreamento”, visto que, segundo ela, são realizados procedimentos como a histerectomia sem mesmo esclarecer o diagnóstico, frente à apenas resultados indeterminados – que, conforme recomendação do MS, devem primeiro ser investigados – e interesses e rotinas da rede privada e especializada, que podem ou não estar consoantes com o desejo dos usuários que procuram estes serviços.

ACS 7 – Eu acho que eles faz muita manifestação, fala muito sobre isso, depois as pessoas passam a vir, a procurar, aí vem com excesso e eles querem cortar... Aí tem pouco atendimento... Porque aí não vai dar conta de manter...

A partir da manifestação de desacordo ante as potencialidades e limitações da prevenção, foi realizada uma nova intervenção:

PESQUISADORA - A prevenção é sempre boa? Ela é sempre positiva? Ou ela pode ter impactos negativos? Na vida das pessoas, no bem-estar, na saúde...

(c) ACS 3 – Por outro lado, a *preocupação exagerada pode até acarretar uma doença...*

(d) PESQUISADORA - Vamos falar dos pontos positivos e negativos da prevenção...

Levantaram, então, os resultados benéficos pretendidos com a prevenção secundária: tratamento precoce, maior controle dos problemas de saúde com redução de danos secundários à doença (exemplo do diabetes, da hipertensão e suas complicações). Foi pontuada também a prevenção primária da hipertensão e do diabetes por meio de mudanças no estilo de vida. Por outro lado, relataram os efeitos possivelmente adversos da prevenção secundária:

(c) / (d) TÉC. DE ENF. 2 – Acho que o negativo nisso é você educar esse cidadão que a mudança de vida ou o uso correto é que vai evitar isso, né... *Muitas vezes priva a pessoa de muitas coisas que ela gosta, o jeito dela viver... Isso também é negativo...* A pessoa, se descobre que é diabética, se torna antissocial. Pode fazer mais nada, eles falam isso pra gente.

ACS 2 – Eles querem comer igual comia antes. Vai ter que ter aquela dieta, aí não concordam... [...] *Aí é onde acha que a vida acabou...* Tem muitos que falam assim: “Eu num vou num casamento mais, num aniversário mais, chego lá num posso comer um doce, num posso comer um bolo, num posso tomar um refrigerante... Aí eu ir lá pra ficar sentado olhando...”. Eles falam desse jeito pra gente. [...]

ASB – Mas tem como atuar na prevenção de hipertensão e diabetes também, né? Mudança de hábitos, né? [...]

ACS 2 – Para você não ser um hipertenso, né? O quê que é o que mais desenvolve uma hipertensão? *Eu penso que não é só a comida salgada e... Cigarro também, tá bom... Tá bom, vou parar* [resposta a comentário lateral sobre a contribuição do cigarro e pelo fato de a ACS ser fumante]. Esse povo mesmo, que vive muito agitado, nessas cidade grande, que é um corre-corre, trabalha muito, é trânsito, é tudo... *Isso tudo provoca muito mais uma pressão alta...*

[...]

PESQUISADORA – [Resumindo o discutido] Então que... O mal que vocês estão falando da prevenção é o sofrimento, que às vezes causa muitas mudanças no estilo de vida da pessoa, que seriam os efeitos colaterais da prevenção, que por um lado equilibrariam com os efeitos benéficos, então tem que por na balança? [...] Vocês conhecem alguma situação em que a prevenção pode causar mais prejuízo do que benefício?

(c) ACS 3 – Um idoso, por exemplo, que descobre um CA [câncer] pra quê saber, se ele já tá... Né?

ACS 1 – Pelo menos uma coisa que ele queria fazer ele faz! Às vezes tinha uma coisa que ele ia querer fazer lá na frente..
ACS 4 - Ele antecipa... [risadas e burburinho]
TÉC. DE ENF. 1 – Vai morrer mesmo...
ASB – Gente, *a pessoa vai só ficar mais triste!* Vai morrer muito mais rápido, eu mesmo quero morrer enganada... Eu quero morrer enganada... Eu não faço tratamento de câncer...
ACS 2 – Ocê!

Estas falas trazem questões bastante interessantes sobre os efeitos adversos das práticas de saúde, não de forma a inibir que se faça detecção e tratamento precoces, como no caso do diabetes mellitus, mas que o profissional de saúde reconheça as situações de sofrimento do usuário e que tenha habilidades - recursos técnico-relacionais - para abordar isso e de fato contribuir para que se tenha maior qualidade de vida e autonomia. Exemplo surgido durante entrevista com informante-chave – médico do PROVAB - é o de *iatrogenia clínica*, de orientações dietéticas inadequadas, aliada à adesão incontestada por parte de alguns usuários a estas: ele relatou observar com certa frequência pacientes com quadro de hipoglicemia, mal-estar, devido ao fato de comerem quase exclusivamente vegetais a partir da orientação de “não comer massa, não comer doce”. Ele enfatizou: “Os pacientes às vezes dizem ‘Você é o primeiro médico que não briga comigo’. Os ‘médicos de família’ ficam brigando com os pacientes, querem mudar o hábito das pessoas em uma consulta. Eu sou da linha do livre-arbítrio, eu oriento, a pessoa decide como faz...”. Durante observação de consulta com a médica da equipe, uma paciente explicitou essa concepção difundida do “Não pode” e do “medo”, com certo exagero: “Como coisas que não pode por causa da diabetes, arroz, café não consigo beber sem açúcar, só quando ela tá alta ‘130’...De vez em quando eu como bolo, de 3 em 3 meses”. Médica: “Nem tanto sofrimento!”.

No discurso acima, aparecem as questões do estilo de vida de forma mais ampliada na determinação da doença (não focada em atividades reducionistas ou simplificadoras como o controle do sal como medida isolada) como as condições de vida, trabalho, lazer, moradia, ambiente e sua contribuição para o desenvolvimento da hipertensão. É também destacado o sobrediagnóstico de situações nas quais não se intervirá e podem ter um efeito ansiogênico e redutor da qualidade de vida. Por outro lado, talvez o aspecto mais interessante deste trecho seja a alusão à singularidade, isto

é, não há cuidado humanizado que não tenha que necessariamente passar pelo compartilhamento de decisões com a pessoa e/ou a família, isto é, tanto “proteger o paciente” de um diagnóstico, quanto como “não poupá-lo” deste, podem ser medidas danosas, iatrogênicas, causadoras de sofrimento, se tomadas apenas de acordo com o referencial do profissional de saúde, e não de forma compartilhada em que se alia o saber técnico e os desejos, interesses, crenças da pessoa doente e sua família¹⁰⁴. Em outro momento, a enfermeira identifica a ambiguidade de programas de saúde – elencando o Ministério da Saúde como um dos principais atores de Medicalização na ESF – que tanto podem estimular o autocuidado como gerar sobrediagnóstico e intervenções desnecessárias:

ENF. – O próprio Ministério da Saúde, né? Com as metas que ele impõe, que a gente alcança, por exemplo: ontem eu tava vendo o programa de Saúde do Homem, né... Então assim, *as mulheres já foram conquistadas*, né, a gente já tem esse público, elas já tem esse hábito de vir. E agora, *tá tentando pescar os homens!* [...] *É uma faca de dois gumes*. É bom? É. Ótimo, tá se cuidando... Essa parte preventiva eu vejo como um lado positivo, né? Porque talvez tenha alguma informação, que ele mude um hábito de vida, que vai influenciar positivamente. Mas ao mesmo tempo tem a parte negativa, né? De...sei lá! *Descobre alguma doença que ele ia morrer com ela! Não Dela!* [...] *A gente nunca sabe até que ponto tá fazendo o bem pra saúde dele*.

Ainda na categoria “cultura institucional preventivista e higienista”, foi largamente discutido sobre os efeitos, as possíveis iatrogenias, das intervenções em saúde, principalmente ações de vigilância e detecção precoce de doenças enumeradas a partir da seguinte intervenção da pesquisadora¹⁰⁵: “Vacina é bom, é só positivo, ou existe

¹⁰⁴ Na situação levantada pela ACS 3, haveria pelo menos três momentos com grau variável de recomendações mais rígidas ou que deveriam ser flexibilizadas e singularizadas. A primeira é de que há a recomendação de evitar o sobrediagnóstico de câncer em idosos: do ponto de vista de uma prática que se pretende humanizada e baseada no conhecimento técnico da evolução de certas neoplasias e nos efeitos terapêuticos e nocivos dos quimioterápicos, há recomendação de não realizar rastreamento de câncer a partir de certa idade. O Ministério da Saúde recomenda não rastrear acima de 65 para câncer de colo de útero e de 75 anos para câncer de mama, próstata e cólon e reto (BRASIL, 2010b). A segunda e a terceira, que merecem ser ainda mais compartilhadas com o usuário e família, são: feito o diagnóstico, o conhecimento deste por parte do idoso; realizar o tratamento curativo, paliativo ou não intervir.

¹⁰⁵ O mote para o tema das vacinas partiu da seguinte questão que foi levantada pela odontóloga sobre a vacina do HPV na prevenção do câncer de colo uterino, após assertiva da enfermeira acerca de possíveis intervenções desnecessárias a partir de achados ao exame preventivo: “Mas nesse caso a prevenção ideal não seria a vacina?”

algum problema que vocês veem em relação à vacinação?” Foi reconhecido, por todos, os possíveis eventos adversos; limitações quanto à eficácia das vacinas contra HPV e Influenza foram relatadas por uma das técnicas de enfermagem e enfermeira. Alguns profissionais (téc. de enf. 2, ACS 2 e médica) relataram que só se vacinam contra Influenza pela obrigatoriedade, não havendo, não se vacinariam. Abordam, na sequência, a os problemas da obrigatoriedade da vacinação em campanhas – em relação à autonomia das pessoas, os limitados benefícios de tais intervenções do ponto de vista individual e riscos de eventos adversos – devido a metas estabelecidas pela gestão de tais programas:

(e) MÉD. – E já teve caso até de... Dum profissional ir na casa, eu não lembro qual vacina, e... “Vai vacinar”... Eu falei “Se for lá em casa, vai bater com a cara no portão”.

ENF. – Ah, é o rastreamento que a gente faz... Vai ter de novo. É assim... Todo ano o governo ele estipula uma vacina que ele quer ver a adesão àquela vacina e ele quer ver se realmente tá cobrindo a meta daquele município. Então o ano passado foi a tríplice viral. Esse ano é a pneumo e a meningocócica. Então a enfermeira aqui pega uma caixinha, coloca as vacinas, esse ano eu vou ter que pegar a pneumo e a meningocócica, escolher 30 casas e fazer uma busca ativa nessas casas pra olhar o cartão. Se eu chegar em alguma casa que a criança tiver e ele não tá com as doses de pneumo e meningocócica em dia, eu faço na casa.

MÉD. – Porque eu não tinha feito nos meus filhos e eu falei que não ia fazer e eu falei que se escolherem minha casa e chegarem lá e fizerem sem a minha presença ia... Ter problema.

ENF. – É, mas a gente não pode fazer sem a presença do pai, sem a autorização do pai.

MÉD. – Porque já tinha sido vacinado, as doses do cartão, tudo, era uma dose extra, de uma campanha, *já tava teoricamente imune, porque que ia ter que fazer outra só pra cumprir meta?* Do governo? Pra fazer bonito pro ministro aparecer? Num vou...

ACS 4 – *Mas a pessoa pode falar que não quer fazer essa vacina?*

ACS 2 – [e outras em coro] Pode...

[...]

ENF. – Pra você reajustar o cartão da criança com o novo padrão, que o Ministério da Saúde impõe, a gente acaba fazendo mais dose do que o necessário. E isso também acontece em campanha. Então, é uma dose que é pra pegar aquela criança que não vem, *mas aqui como é 100% a cobertura vacinal, a gente sempre alcança na rotina, sem precisar da campanha.* Quando a mãe traz a criança na campanha ela tá tomando uma dose que ela não precisaria de tá tomando: porque o cartão dela tá em dia. Tanto é que quando tem campanha só de atualização de cartão, a gente não faz vacina praticamente. Porque tem a rotina, eles seguem a rotina. *Então eles sempre tomam uma dose a mais de Sabin, uma dose a mais de Tríplice Viral... [...] E tem que fazer. E tem que fazer porque tem meta. Porque tem meta.* Até a [médica] bate o pé e não traz os filhos dela, “não vou trazer”. E eu, depois que eu comecei a ver, porque antes eu falava “tem que vacinar, tem que ir, tem que ir, se não vier a gente vai na casa!”. *Mas depois que eu comecei a ver que tinha tanta dose desnecessária, “será que precisa mesmo?”. Eu passei a desaconselhar dos meus sobrinhos.* Então não precisa, porque tá tudo ok. [...]

“Vai ter a campanha de seguimento da tríplice: se a criança vacinou semana passada e chegar lá, você vai fazer”, é passado assim pra gente. “Você vai fazer, não tem contra-indicação”. Tipo assim “ela não vai passar mal! Se você fizer, ela não vai passar mal”, não é que ela precisa. *E do mesmo jeito eu tenho que passar para os Agentes [ACS], porque é a Rotina do trabalho, né. Eu falo “gente, é pra fazer, assim, assim, assim”. Então acaba que você às vezes faz uma coisa, passa uma informação que você não concorda, mas você tem a cumprir. Se não vai fazer mal... Eles [gestores] não querem saber se vai fazer bem! Eles sabem que não tem uma reação ali... [...] A gente entende, a gente executa, mas é desnecessário. Totalmente desnecessário.*

Ainda sobre o tema das vacinas, no segundo momento do campo de pesquisa, a equipe estava envolvida com a “vacinação” contra a dengue: a administração de medicamento homeopático que visa atenuar os sintomas da dengue e mesmo a ação profilática¹⁰⁶. Haviam “vacinado” 1.300 pessoas em uma semana - com a meta de 100% da população adscrita – inclusive os acamados. Esta ação preventiva – inclusive com o pano de fundo de uma prática integrativa – é bem ilustrativa dos danos visíveis e previsíveis que medidas de saúde pública (diga-se ainda “bem-intencionadas”) podem provocar: a equipe teve que reduzir o número de consultas médicas devido a sobrecarga dos profissionais em relação a esta demanda, bem como devido ao número de pessoas em circulação na UBS neste período; desviou os ACS de suas atividades para administrar as “gotinhas”; e ainda, como questiona a enfermeira “quantas pessoas vão deixar de cuidar do seu quintal?”, ou mais, cairá a detecção precoce dos sintomas? Segundo a enfermeira, a medida foi tomada com base em estudos que mostraram resultados positivos; o questionamento aqui se deve mais do que à eficácia do medicamento e a seu custo-benefício, aos efeitos sobre a adoção de medidas sabidamente eficazes (manejo ambiental, autocuidado, reconhecimento precoce dos sintomas), diante do fetiche da prevenção sobre o imaginário popular: “é, de fato, melhor prevenir do que remediar?”.

Apresentaram, no grupo, diversos outros exemplos de intervenções desnecessárias em decorrência da lógica campanhista presente nas ações do município, que perpassam o trabalho na ESF, sintomas de ações em saúde

¹⁰⁶ O medicamento cuja formulação é *Eupatorium perfoliatum CH 30*, *Crotalus horridus CH 30* e *Phosphorus CH 30* foi apelidado de “vacina da dengue” e tem sido utilizado como medida de saúde pública. É produzido pelo Hospital de Medicina Alternativa do Estado de Goiás (HMA) e alguns municípios têm administrado para toda a população.

fragmentadas, da vigilância desarticulada da atenção clínica, de programas pontuais que - de acordo com o relatado pelos profissionais - não visam ao controle de problemas de saúde, mas sim ao reconhecimento do problema para cumprir metas de detecção ou realização de exames diagnósticos: campanhas de rastreamento do HIV sem suporte clínico-psicológico para abordar os casos detectados, “até quem passava na BR”, “dia do idoso, vamos vacinar os idosos”, “dia da mulher vamos fazer mamografia... Não tem continuidade na assistência”, enfatiza a téc. de enfermagem 2.

MÉD. – É igual aquela sorologia de hepatite: chegaram aqui e...*pra fazer sorologia em todos porque a Regional tá precisando de um número. Tudo é número! Não faço! Não faço, não faço, não faço... Não vou fazer, faz quem quer, né? Tudo bem? Já sou contra, quem quis fez.*

ACS 2 – *Ah, então aquele negócio era se quisesse?*

MÉD. – ACS 2, você não faz nada que não quer, agora é o momento, né? Porque eu não sei de agora pra frente o que vai acontecer nesse Brasil. Ano passado... PPD em todo profissional. Eu fiquei olhando aquilo... PPD em todo profissional... Aí eu falei, vou ver onde vai parar isso. Aí me deu um PPD reator dessa benção aqui [da auxiliar de serviços gerais]...

AUX. DE SERV. GERAIS – Fizeram nada...

MÉD. – A Regional veio, eu falei, agora vocês vão resolver. Ficou quanto tempo esperando? [até o dia do grupo não tinham ido] Aí eu chamei a enfermeira responsável, você tem que tomar uma conduta.

AUX. DE SERV. GERAIS – Eles vieram, olharam, pegaram uma régua, fez assim, balançaram a cabeça assim um pro outro. Foram embora!

ODONTÓLOGA – *Você se sente uma cobaia...*

ACS 5 – É assim... Eles querem número. *A hora que o problema aparece, eles não quer resolver.*

PESQUISADORA – E essa questão da mamografia? O “outubro rosa”?

MÉD – Nossa... E eu tô roxa... *Porque eu acho que não tem necessidade. Uma unidade de atenção básica que funciona corretamente, ela faz esse exame periodicamente, não tem porque todo esse... Você entra secretaria tá tudo rosa... Eu não tenho nem palavra... Mandaram um pacotinho rosa aqui, eu perguntei, pra quê isso? Eu acho que, se funciona, não precisa disso, não tem necessidade. A não ser pra enfeitar o facebook de rosa [...] Ano passado que a gente... Foi feita a mesma campanha, esse mesmo negócio, do mesmo jeitinho e a gente ficou com n exames parados! [...]*

ACS 2 – [Se dirige à médica] Falando da mamografia, aquela hora você falou do caso da próstata... E a mamografia, já é um caso diferente... Pode ser prevenção que vai regredir?

PESQUISADORA – O que vocês acham sobre a questão da mamografia? Porque vocês fazem essa orientações? Os agentes de saúde vão nas casas e orientam...

ACS 1 – Tudo que eu achava que tava fazendo certo, tô vendo que não tá certo mais [Discussão e risadas] A gente incentivava que tinha que vir fazer o exame de PSA e agora disse que não vale mais nada! E agora fazer mamografia já disse que também não resolve, que pode fazer daqui 2, daqui 3 em 3 anos.

MÉD. – Mas, gente, medicina nunca vai ser nada exato, tudo muda...

ACS 1 – Pois é, isso que eu tô falando, cadê o curso pra atualizar nós?

MÉD. – Uai, PMAQ! É o PMAQ.... [...]

Esse trecho evidencia mais algumas insuficiências dos programas de saúde: ações programáticas *versus* atenção básica integral e universal, foco nos objetivos intermediários da gestão e não nos resultados em saúde e bem-estar dos indivíduos e população, educação permanente insuficiente, programa de avaliação de indicadores que muito pouco contribuem/apoiam as equipes na reorganização do seu processo de trabalho, de suas práticas. Interessante destacar que o PMAQ, que pretende avaliar a qualidade (como todas estas e outras limitações), surge na fala da médica como uma proposta de solução milagrosa, mesmo ingênua, percepção que se observa em outros contextos entre os profissionais da ESF com relação a programas/normas/diretrizes do governo federal. O fenômeno da iatrogenia institucional, provocada por programas de rastreamento e políticas fragmentadas que levantam necessidades de saúde, “não dão continuidade na assistência”, podendo causar sofrimento para os usuários, bem como sentimento - ou aumento da percepção - de desassistência, e ainda induzir à criação e perpetuação do “papel de doente”, aparece nestes dois últimos trechos e reapareceu de forma bastante expressiva no segundo grupo:

MÉD. – Vamos colocar um caso recente. A gente vai avaliar os diabéticos: para avaliar a sensibilidade do pé diabético, né? Foi 2 dias por conta disso. Parou a unidade! Avaliando o paciente, o pé, a sensibilidade, ferida, lesão, etc. Aí eu virei pra enfermeira, “E agora?”. Porque quase todos necessitam do acompanhamento mais especializado, de um exame, disso, daquilo, de um calçado adequado. E agora? Eu tô esperando ainda. Até janeiro, tá ali! 30 papelzinho, papelzinho! Mandaram papelzinho pra gente.

ENF. – 49!

MÉD. – 49! Eu tenho certeza que aquilo ali vai ficar parado. Porque eu acho assim, *quando você começa uma campanha, ela tem que ter começo, meio e fim!* E aqui acontece isso, que nunca tem fim.

ACS 1 – Mamografia também fizeram assim. Fizeram, fizeram exame e...

PESQUISADORA – Levanta a necessidade e não dá resposta pra ela...

ACS 3 – A impressão que dá é que deve ser algum projeto do governo, manda, aí tem que cumprir aquilo lá, aquela hora...

PESQUISADORA – É o que que vocês acham que pode ter de “efeito colateral” disso? De levantar essa demanda, reconhecer essa necessidade mas não dar continuidade?

ACS 3 – Ah, a população ficar desacreditada, né... Porque você vai falar de uma campanha, “ah, não, isso não funciona não”...

PESQUISADORA – Mas vocês acham que isso pode causar algum mal pra pessoa em si?

ACS 1 – Depois ela não querer se cuidar mais.

ENF. – Ah, não deixa de provocar, porque tipo assim, a pessoa tá com um Pé, tinha uma ferida, só que ela não tinha noção daquilo. A partir do momento que foi avaliado, “olha você tem aqui, tem o desenhinho do pé”, porque a gente faz os pontinhos da onde que tem, né? Que pode virar pé diabético... Ou que tem uma ferida que tem uma característica ali que tem que cuidar. *A pessoa tinha*

um Pé, agora ela tem um Pé Doente! Ela sabe disso... E ela foi embora com um pé doente e a gente não deu um resultado pra esse pé doente! Agora ele não tem mais só o pé dela, agora ela tem um pé doente.

ACS 1 – E a consciência dela...

ACS 3 – E agora a [enfermeira] tem mais um paciente pra “pegar no pé” dela... [risadas]

ACS 7 – Aí chega em casa, fala pra família, né... Depois a família tudo cobra, né? Aí chega aqui, quer cobrar a decisão de quem? De quem tá na frente, né... De quem não resolve nada...

MÉD. – Mesma coisa do fundo de olho! Fez fundo de olho em todos os diabéticos! E agora?

Estes dois exemplos de ações para detecção precoce de neuropatia diabética, pé diabético e retinopatia diabética, são estratégias preventivas de alto risco, isto é, visam identificar grupos de risco para complicações, como as amputações e a perda da visão, respectivamente. No entanto, elas podem ser extremamente iatrogênicas, causando perda de qualidade de vida entre os usuários, particularmente quando desarticuladas da assistência integral. Rotula-se um usuário sem trazer um benefício proporcional, no exemplo do “pé doente,” apenas com os danos da consciência de mais do que estar doente, de “ser doente”, visto que não há horizonte para resolução de tal problema:

A prevenção se torna medicalizante. Estar sempre preocupado com a saúde não é saudável. O homem que foi ver seu médico devido a uma dor no pescoço saiu desse encontro carregando um rótulo de “paciente hipertenso”, que deverá persegui-lo pelo resto da vida. Tendo se considerado saudável até esse momento, ele agora precisa ver-se como alguém que deve tomar comprimidos e consultar o médico regularmente. Ele pensava ser normal, no entanto agora ele é um paciente. Isso pode ser inevitável e justificado pelos seus benefícios, mas tem um grande custo. Os efeitos da “rotulação” deveriam constituir um item proeminente na folha de balanço pela qual é avaliada uma política de rastreamento, mas eles receberam pouquíssima atenção. Muitas revisões respeitáveis sobre as políticas de saúde mostram sequer ter conhecimento de que esse problema existe [...] (ROSE, 2010, p. 100, grifo do autor)

Ainda na categoria IV, a pesquisadora lançou o conceito *Risco como Doença* - aproveitando a discussão sobre mamografia e evolução do câncer de mama - usando o exemplo recente de uma estrela hollywoodiana que se submeteu à mastectomia radical bilateral por apresentar alto Risco de desenvolver neoplasia de mama por herança genética¹⁰⁷:

¹⁰⁷ Devido ao fato de ser portadora de mutação no gene BRCA1 e sua mãe ter falecido por neoplasia associada a tal mutação. Seu relato, que teve repercussão mundial, está disponível em: http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html?_r=0

(g) PESQUISADORA - A gente trabalha muito com Fator de Risco... Nesse caso dela, ela tratou o risco como se fosse doença. [...] No dia a dia, vocês veem, assim, às vezes vocês tratando o risco como doença? Ou fazendo com que as pessoas que tenham apenas o risco de alguma outra coisa se sintirem como doentes ou se comportarem como doentes?

ACS 1 – O Risco como um alerta para a prevenção...

MÉD. – *Mas o paciente encara o risco como doença. Se você fala “na sua família tem mais isso, então você tem chance, vamos mudar”... Eles já acham que... O diabetes. “Ah, o meu pai tem diabetes então...nunca mais vou comer doce”. Eu não sei se a nossa orientação não está sendo adequada para eles, mas eles encaram como doença. Aí a gente orienta, fala que não é isso... É uma mudança de hábitos saudáveis e não...*

ACS 4 – *Mas isso deve ser de pessoa pra pessoa, às vezes da mesma família tem alguém que absorve de forma diferente, tem que gente que você fala “seu pai é, você pode ser propício, sua irmã também”. Às vezes as duas tá no mesmo momento ali com a médica, aí uma absorve que se ela fizer... Saudável... A outra já fica “Meu deus do céu! Vou parar de comer doce, tô comendo doce demais lá em casa, vou ficar diabética mesmo!” Parece que ela já está. O processo tá tão longo... Então eu acho que é de absorção de pessoas mesmo... Acho que tem gente que entende melhor...*

ACS 2 – [...] Mas também tem casos, que o pai é diabético, a mãe é diabética, ela tem 10 filhos e nenhum é diabético. Então acho que nem pode falar, assim, “ficar alerta”, porque aí...

MÉD. – *Na verdade a alerta não é pra ela, é pra todos, é pra população! A mudança do estilo, do hábito de vida saudável, é para todos!*

ACS 4 – É... Independente de ser diabético ou não, né...

MÉD. – Que nem... Uma paciente nossa que tá com sobrepeso e eu mandei um bilheteinho pra ela, porque é um sofrimento pra ela fazer um regime, eu falei: “Fazer um regime pra você não é um sofrimento, é uma mudança do estilo de vida, a partir do momento que você encara aquilo como o normal, num é sofrimento”. *Não adianta você ficar passando sibutramina, quantos meses que eu tô na sibutramina pra ela?*

AUX. DE SERV. GERAIS – 4 anos...meses.

MÉD. – 4 anos não... 5 meses na sibutramina e não tem efeito! Porque ela tá encarando que ela tá tratando uma doença nesses 5 meses, ela perde 2 kg, aí fica 15 dias sem. Aí eu mandei um bilheteinho, né? Pra ela... Porque eu não consegui encontrar com ela. Então assim, é encarar a prevenção como uma vida saudável. E não como um momento de tratar... [...]

PESQUISADORA – [Intervenção] Hipertensão: é fator de risco ou é doença? Obesidade: é fator de risco ou doença?

MÉD. – Depende...

ACS 1 – Depende... As duas coisas ao mesmo tempo [...] Você só tá deixando a pulga atrás da orelha. Aí vai embora sem dar o antídoto!

PESQUISADORA – [...] Será que a busca de certeza na saúde também não pode ser, às vezes, problemática?

Neste momento, a pesquisadora fez uma provocação em cima da angústia apresentada pela ACS acerca das incertezas da prática clínica, da prevenção. Essa discussão não foi levada adiante, na sequência os profissionais conduziram essa interrogação sobre as incertezas apenas reforçando a busca dos usuários por uma

certeza, um diagnóstico, uma resposta final para os seus males, como já evidenciado em outras falas. Assumir o “Risco como Doença” não aparece como relacionado à própria forma da biomedicina em lidar com tais probabilidades, isto é, tratando a pessoa como doente ao usar as mesmas intervenções e com o mesmo rigor que se usa para os de fato doentes, baseando-se em classificações padronizadas de risco populacionais que não contemplam as singularidades locais e individuais, numa busca – do profissional – de simplificar a clínica, de se embasar em uma certeza que de fato não existe:

We impute disease and risk factors to healthy individuals, and turn people into patients, without any evidence of benefit to them individually. Only a few prediction rules have undergone formal impact analysis, to assess whether they improve patient outcomes when used as decision rules in actual clinical practice. Without such analysis, clinicians cannot know whether a prediction rule will help or harm. The growing popularity of rules, despite these caveats, seems to be *part of an increasingly desperate need to simplify the complexity and difficulty of judgments needed in the care of individual patients* [...] (GÉRVAS, STARFIELD, HEATH, 2008, p. 1998, grifo nosso).

Ainda no último trecho, aparece no discurso dos profissionais a questão da patologização do risco como uma questão relacionada à cultura dos usuários, bem como das características e recursos pessoais em lidar com a incerteza, com o risco, “de pessoa para pessoa”. A médica chega a considerar que isto pode estar associado à comunicação, à abordagem de tais questões na relação profissional-usuário: “eu não sei se a nossa orientação não está sendo adequada para eles...”. Ela e algumas ACS identificam a tensão entre as estratégias preventivas de alto risco e populacionais, ao enfatizar que o “alerta” sobre hábitos e estilo de vida não deve ser uma intervenção individual, mas populacional:

Essa estratégia [preventiva de alto risco] é comportamentalmente inadequada. O comer, o fumar, a prática de exercícios, a sexualidade e outras características do estilo de vida são substancialmente moldados e limitados, particularmente por normas de nossa sociedade e pelo comportamento de nossos pares. Se tentarmos comer de modo diferente de nossos amigos, não será apenas inconveniente, mas corremos o risco de sermos considerados esquisitos ou hipocondríacos. [...] O encorajamento à prática de exercício físico como lazer terá pouca resposta enquanto assistir televisão for considerado o modo normal de entretenimento noturno, ou enquanto a estrutura para a prática de exercícios não estiver disponível, acessível e atrativa. É difícil para as pessoas adotarem um estilo de vida diferente dos seus pares, mas é justamente o que se requer na abordagem preventiva individual ou de alto risco (ROSE, 2010, p. 102).

Este trecho em que Rose (2010) aborda os pontos fracos da estratégia preventiva de alto risco, levanta as mesmas questões colocadas pelas ACS e Téc. de

enfermagem nas falas de *IV.(c)/(d)*, sobre os efeitos secundários negativos da prevenção. Gérvas, em entrevista a Spinetta (2013), ilustra de forma bastante prática e provocativa o maior benefício de tais estratégias do ponto de vista populacional, cultural, social:

No se mida el colesterol, sea feliz, porque ser feliz y optimista añade ocho años de vida. Y practique la dieta mediterránea, que no consiste en tomar aceite de oliva a cucharadas, sino en poner un mantel, cubiertos y tener compañía: no coma delante del televisor.

Ainda no último fragmento apresentado, a médica relata um caso de uma usuária com sobrepeso, para a qual tem prescrito sibutramina – e renovado receitas sem acompanhá-la – sem sucesso, pelo fato desta, conforme avaliação da médica, encarar a situação como uma doença, aparentemente isolando a condição de sobrepeso do todo que é a sua vida, seu estilo de vida; o que também remete a categoria III, com desresponsabilização da pessoa com seu corpo, sua saúde, transferindo isto para um profissional ou um medicamento. Será que os profissionais não estão reforçando esta cultura medicalizada ao não explorar as “causas das causas”¹⁰⁸, mas centrarem esforços apenas nas “causas imediatas ou próximas da doença”?

Na medicina dita biológica, isso é muito comum: a causa da pressão é o colesterol e o sal, a da diverticulite é a falta de fibras, e assim por diante. Como se para cada incômodo, dor ou disfunção correspondesse um sintoma e para cada sintoma correspondesse uma entidade nosológica, e para cada categoria diagnóstica uma carência e, portanto, um medicamento. O corpo humano é assim dividido em partes e tido como a soma simples destas partes, que se encaixam em um funcionamento mecânico, sendo visto, neste modelo, como uma máquina. Nesta concepção de causalidade, busca-se uma suposta única causa, que estaria na origem de uma cadeia de efeitos [...] (MARTINS, 2004, p.952)

Isto é, será que foi explorado porque é tão difícil para essa usuária mudar seu “estilo de vida”? O que significa o sobrepeso para ela? Quais são os seus desejos, interesses, ideias, sobre ter um corpo magro? Será que a “monotonia terapêutica” ou o reduzido leque de intervenções que temos – praticamente reduzido a medicamentos,

¹⁰⁸ “As causas imediatas ou ‘próximas’ da doença são os objetos de pesquisa médica. Elas incluem fatores como: agentes infecciosos, deficiências ou excessos dietéticos, tabagismo, exposição aos tóxicos e aos alérgenos. Entretanto, existem as ‘causas das causas’; isto é os determinantes da exposição a essas infecções, à má alimentação e a outras experiências não saudáveis. Esses são temas para as pesquisas sociais, econômicas e políticas. Dizer que o câncer de pulmão é causado pelo tabagismo é uma afirmativa incompleta, pois leva somente a uma mensagem geral à saúde: ‘Não fume!’. Mas por que as pessoas fumam? Quais são as causas dessa causa?” (ROSE, 2010, p. 153)

exames, encaminhamentos – não reforça esse entendimento, ou a incorporação, do risco como doença, visto que as ferramentas utilizadas são as mesmas? Será que a forma de organização do trabalho, do (não) acompanhamento dos crônicos e usuários de “medicamentos controlados”, privando o usuário da relação terapêutica do encontro profissional-usuário - renovação de receitas sem a presença do usuário - também não reforça esta “monotonia” e a relação de linearidade no tratamento: doença/condição é igual a remédio e vice-versa?

V. Prática profissional biomédica “capturada pela cultura medicalizada”: (a) *Concordância com as demandas dos usuários*, (b) [com a finalidade de] *Se livrar do paciente*, (c) *Dificuldade em transpor a demanda para a necessidade*, (d) *Medicamentos e Exames para otimizar tempo*, (e) Exames e medicamentos para objetivação e simplificação do trabalho. Nesta categoria, a medicalização aparece inicialmente como a mediação - pelos profissionais da ESF - da demanda por consumo de medicamentos, exames e consultas médicas especializadas por parte dos usuários. No decorrer dos casos apresentados, e como também fica claro no discurso dos profissionais e nos conceitos em destaque, se desvela que ela não se deve apenas à “agenda do paciente”, mas aos interesses, desejos, concepções de saúde-doença-cuidado dos profissionais.

(a) / (b) / (e) MÉD. – A gente tem um profissional aqui... Inclusive eu nem condeno o modo como ele trabalha, porque na verdade eu acho que ele faz o certo. Talvez de uma maneira não... *Talvez ele não tá conseguindo passar a informação de maneira certa porque ele só pede exame realmente quando necessário, ele não pede exame porque o paciente quer. Ele pede porque tem a necessidade.* Mas eu acho que o que tá acontecendo que tá causando atrito entre a população e ele é o modo como ele passa isso, entendeu, “ah, eu tô com... Meu coração tá disparando, eu quero um eletro”, “Não! Isso aí... Todo mundo dispara o coração!” [imita uma voz ríspida]. Talvez o modo como ele tá passando, num tá agradando a população. Mas o que ele faz é certo! Mas talvez ele não tem o jeitinho de passar essa informação... Mas ele não pede não... E talvez eu que esteja errada nisso tudo! *Porque eu acabo entrando muito na... Medicalização.* Eu acabo fazendo muito o gosto do paciente... Isso eu sei que eu faço. *E eles acham isso lindo... E eu sou perfeita!* Eu sei que eu não tô perfeita nesse ponto. Mas muitas vezes pra... Né? *Encurtar aquela conversa que já é longa demais*, a gente acaba fazendo a vontade do paciente.

Neste trecho, a médica demonstra a ambivalência, em não atender à demanda do usuário e fazer “o certo”, ou ceder fazendo “o errado”. Entre os internos, segundo ela, prevalece a postura “do certo”, que não prescrevem quando demandados, “eu digo,

‘passa, só uma [“receitinha”], o quê é que tem?’”, como bem ilustrado neste relato feito por um dos alunos:

INTERNO 3 – Eu tava atendendo uma criança, com a mãe, e a mãe veio com essa demanda da sibutramina, que ela já tinha usado... Ela não era obesa, ela tinha um sobrepeso leve, quase limítrofe pra baixo, eu fiz o IMC dela. Mas o marido dela chamava ela de gorda, depois da gestação ela ganhou 10 kg que ela não perdeu e tal... E ela tinha isso na cabeça. E a consulta nem era dela, eu não tinha nem o prontuário dela! Ainda demandei um tempo que talvez não deveria... Não sei se deveria ou não, talvez pudesse pactuar dela voltar em outro momento. Mas mesmo assim, demandei tempo de explicar, tentar... Conversei sobre mudanças de hábito de vida, tal, tal, tal. Falei um pouco da sibutramina, que o efeito não é comprovado, dos riscos que ela pode trazer, que ela já tinha usado uma vez e não sei quê... E ela mesmo tinha visto que não tinha feito efeito... Mas ela ainda cismava, ela queria, entendeu? Aí chegou um ponto eu falei “olha, eu não vou te passar, não acho que tenha indicação, se eu passar eu vou ser contra os meus princípios. Eu não vou te passar... Mas vamos conversar com a Dra. [médica da equipe]”. Aí a Dra. sem muita... Sem pestanejar passou, sabe? Aí me senti mal, porque... Eu fiquei bastante tempo com ela, acho que uns 30 minutos com ela, e a Dra. em 15 segundos falou “não, passa”. [...] Quebrou muito o vínculo que eu fiz com a paciente. Eu tinha até convencido ela a trazer o marido junto na próxima consulta, pra gente conversar, junto com o marido. [...] Aí depois a Dra. veio, “olha, não vai funcionar a sibutramina, mas essa paciente é não sei quê, não sei que lá, então não tem jeito, tem que passar”. [...] Não queria gastar tempo convencendo do contrário. [...] Talvez seja o que mais tenha me marcado na questão de medicalização... Pô, se ela mesma achava que não ia fazer efeito, sabe... Eu acho melhor... Eu acho que quando for eu tomar a decisão, prefiro quebrar o vínculo com aquele paciente. Se eu tento, tento, tento, se eu vejo que não consigo, então eu prefiro não passar e perder o vínculo com aquele paciente do que fazer alguma coisa que eu acho que não é, sabe? Só pra manter o paciente comigo... “Olha eu não vou te passar, você fique à vontade para procurar outro profissional... Se quiser, estamos à disposição...”. Sabe? Eu acho que vou agir desta maneira, né? Acho, não sei.

Na entrevista, a médica conta sobre algumas situações em que solicita exames desnecessários e sinaliza: “o paciente te pressiona demais, acaba que você cansa, pra aquela consulta terminar...”. Compartilha, ainda, de como esta postura muda enquanto se é aluno de medicina para quando se é médico: “não tem como, a gente acaba fazendo”. Neste relato do interno 3, aparece ainda a abordagem integral como uma forma de redução de danos, isto é, para Illich (1982), o médico assumir esta posição pastoral, de conselheiro, em si já seria medicalizador e promotor de dependência; por outro lado, com menos radicalismo “illicheano”, poderíamos dizer que tem potência de produzir autonomia, novos modos de “andar a vida”, bem como “desmedicamentar” e evitar iatrogenias clínicas (e outras).

Em algumas situações pontuais - porém bem emblemáticas - em que a médica não cedeu à expectativa do usuário (quanto a consultas ou exames desnecessários), passou por situações desagradáveis como agressão física, verbal e mesmo ameaça à sua família¹⁰⁹. Parece responder a uma expectativa, pois segundo a profissional, na concepção da população “médico que não presta é o médico que não passa o exame, não passa o medicamento”. Relata ainda que no atendimento a pessoas de classes sociais mais baixas é mais fácil não intervir, evitar o uso de tecnologias duras desnecessariamente, sendo que entre “os de melhor condição, é mais difícil lidar”. Pois bem, entre demandas dos usuários, contexto socioeconômico-cultural, aparece a história pessoal, a formação, a subjetividade¹¹⁰ dos profissionais também intrincados nessas práticas.

MÉD. - É a questão do rivotril, você falou [dirige-se à pesquisadora remetendo ao caso da Alessandra, descrito à frente] “mas porque você voltou o rivotril?” Eu falei “ah, porque não tinha jeito não...”. Não tinha como! Ou eu dava o rivotril ou ela surtava na minha frente. Na hora que eu consigo tirar o remédio... Na hora que eu passei o rivotril, acabou a consulta! Foi embora! Eu acho que a gente acaba fazendo isso. *Pro paciente, eu sou linda, perfeita! Faz tudo que quer... Boazinha... demais! Mas eu sei que eu não tô certa não...* [...] E muitas vezes a gente até assusta. Igual já teve paciente, “ah, não, eu vim, tal...”, aí a gente conversa, conversa, aí no final falo “*nossa, parece que essa consulta tá incompleta... Eu vou pedir um exame de sangue...*” “Não, doutora, precisa não porque eu fiz tem pouco tempo”. “Ótimo!” *A gente até assusta* quando tem um que fala isso: “tava tudo bem...”.

Durante a entrevista, retomamos o caso da Alessandra (ver relato na próxima seção), que é ilustrativo do uso que a médica parece fazer dos sedativos (rivotril) em sua prática clínica: “você acaba querendo ela mais controladinha”. Parece haver também uma dificuldade em lidar com as subjetividades em pauta associada à otimização das respostas às demandas: “Não sirvo para ser psiquiatra... Todo mundo tem problema e cada um tem um jeito de lidar... Ele sempre pegou beira na consulta da esposa”, afirmando sobre outro caso de um paciente em uso do mesmo medicamento (em terapia isolada), com o humor deprimido e que contou fatos importantes de sua

¹⁰⁹ Neste caso, conta da suspeita de que a ameaça tenha vindo de um paciente que queria uma endoscopia e por não ter indicação, a médica não solicitou. A suspeita não foi confirmada, mas entende-se algo como “não interessa se houve violência de fato, mas se ela foi sentida, então ela ocorreu”.

¹¹⁰ Na primeira entrevista, médica chora ao falar do seu relacionamento com os pacientes, conta as situações de agressão física e verbal, que a levaram a mudar temporariamente de eSF e explicita: “o meu lado médica e amiga, eu não sei separar”, “eu quero deixar de ser a boazinha e ser a médica”.

história de vida (inéditos para a médica) durante consulta com o interno. Aparece, por fim, o procedimento, o exame, como elemento essencial do cuidado médico, “essa consulta tá incompleta”, denotando a importância das tecnologias duras no modelo biomédico.

PESQUISADORA – [...] Quais as dificuldades que vocês têm pra lidar com isso? Quando [o usuário] chega pedindo alguma coisa? Chega demandando alguma coisa? [...] Como vocês lidam com isso? [...]

(b) / (c) ENFERMEIRA – *Pra não conseguir fazer tal consulta ou tal exame, a gente muitas vezes tem a desculpa, assim, né...* “Esse é um procedimento de alto custo. Então é caro para o município, tem muita gente na fila de espera, então não vamos pedir, agora, né...” Às vezes acontece, “deixar pro próximo ano, porque agora não tem necessidade”. Então com isso consegue levar, porque às vezes o paciente não paga, realmente ele espera. O mesmo acontece com o oftalmo, né? As meninas [ACS] sabem o que elas passam, todo mundo que elas visitam, quando o oftalmo começa a atender, tem vez que ele para, quando ele volta, é aquele monte de gente, toda casa que entra, “eu quero ir no oftalmo”, e aí, muitas das vezes, eu acho que até eu mesma não questiono, assim, “o senhor tá com dificuldade de enxergar?” Só que ele enche tanto o saco que a gente acaba colocando prioridade sem passar pela médica, nem nada. *Porque ele quer tanto aquele exame e a gente quer tanto livrar dele te enchendo o saco, que aí a gente vai e fala “cadê o seu cartão do SUS?”* [risada] *Né... E às vezes a gente não questiona, e realmente ele precisa desse exame? Ou é porque todo mundo tá fazendo? Se o vizinho fez ele quer fazer também...*

[...]

(c) ASB – As bombas em geral são jogadas pra cima da médica. [...] Paciente chega querendo exame, aí a gente fala, esse exame quem solicita é a Dra., aí você tem que passar por uma consulta, ela vai ver a necessidade e vai solicitar, se for necessário... Dependendo do exame, você vai entrar na lista de espera... *Mas geralmente quem resolve esses pepinos, essas questões do paciente querer exame ou remédio é a médica.*

TÉC. DE ENF. 2 – *Porque na maioria das vezes a gente transfere, a nossa vivência ali, ou pelo tempo, ou pelo espaço, ou sei lá... Tem pessoas que te questionam que quer uma coisa, no momento ali... [...] Eu ficando pensando assim... A pressão que a gente sofre, porque as coisas são muito diretas... Tem que dar assistência! A gente dá assistência, a gente nega, a gente marca, a gente encaminha, né? Então, assim... Nós como uma Estratégia as coisas, assim, não ameniza pra chegar até nós. Um paciente que chega fora do horário de consulta, que acabou a cota de consulta, a gente tem que pelo menos perguntar pra ele o que ele tá sentindo. Pra saber se a gente vai encaminhar pra uma UPA, ou vai poder falar para vir outro dia ou se a gente vai ter mesmo que abrir exceção e pôr a mais. *Muitos não falam!**

Em relação aos encaminhamentos para especialidades, a médica relata não ceder às demandas do usuário (exceto no caso da oftalmologia) devido à abrangência do cuidado que presta: “sou clínico geral, vou resolver aqui”¹¹¹. Nega que a

¹¹¹ Relata encaminhar com mais frequência do que necessário apenas pelas normas do município, visto que os médicos da ESF não podem solicitar alguns exames de alto custo que poderiam ser utilizados na

longitudinalidade no serviço contribua para uma solicitação menor de exames, pela relação de vínculo, confiança, mas sim pela continuidade proporcionada pelos registros: “não por saber negociar”, mas por ter o histórico de exames do paciente no prontuário, de forma que possa confrontar os registros de investigação de tais problemas frente às solicitações das pessoas. A enfermeira, neste trecho, compartilha de questões semelhantes ao compartilhado pela médica acima; além de ficar claro que a função filtro e o acolhimento das demandas são exercidos quase exclusivamente pela médica – e não pela equipe, sendo que os outros profissionais têm dificuldade de acolher e ressignificar as demandas, como fica claro no discurso destes:

(d) / (e) MÉD. – Um outro ponto que também eu acho que fala a favor... É... Pelo menos na parte médica, não sei no resto, é essa questão do tempo, nosso tempo é muito corrido, então *a gente acaba otimizando o tempo através do remédio e do exame*. Ontem eu atendi uma paciente aqui, ela também não é da nossa área, eu tenho certeza. Mas tava na cara dela que ela era uma paciente com depressão. Tava na cara dela que ela queria 30 minutos de conversa. Mas eu não tinha tempo pra ela. O que que eu fiz? Passei uma fluoxetina... [risadas] Eu não tinha tempo pra ela! Eu tava aqui nessa mesinha [na varanda de trás da unidade, onde a médica se senta para renovar receitas e realizar procedimentos burocráticos, como preenchimento de laudos para medicamentos e outros], um monte de gente aqui, eu falei pra ela “a senhora não está sentindo isso, isso, isso?” Falei tudo que uma pessoa com depressão sente. Na hora que eu terminei de falar, ela “doutora, eu sou isso. Isso aí sou eu.” Eu falei “pois é, a senhora tá com depressão”. Aí ela desabou de chorar... Eu falei “olha, eu não vou perguntar agora o que foi com a senhora, qual o problema da senhora...” Quase que eu falei: “porque eu não tenho tempo!”. Aí eu falei assim... Nem prontuário eu fiz, porque ela não é nossa, mas naquele momento *ela precisava, então o modo... Foi o remédio*.

(c) PESQUISADORA – [...] Isso é uma das coisas aqui também: “Dificuldade em transpor a demanda para a necessidade” [anotando no cartaz]. Eu até achei bem interessante o que a própria ASB falou, né... Às vezes o paciente chega com uma demanda aqui na recepção... Às vezes, igual a TÉC. DE ENF. 2 falou, às vezes nem tem tanto tempo, espaço ou às vezes mesmo dificuldade de abordar e já... “Não, fala com a médica” [ASB ri] Não chega às vezes a tentar entender...

TÉC. DE ENF. 2 – A necessidade.

PESQUISADORA – O que é essa necessidade, né... Isso é comum, né. Vocês acham que isso, em geral, é pelo tempo? É só pelo tempo ou tem mais alguma coisa?

TÉC. DE ENF. 2 – Sobrecarga...

ASB – Não necessariamente sobrecarga. O paciente já vem porque quer aquilo. Não adianta eu a TÉC. DE ENF. 1 [as duas que mais ficam na recepção]... Nós somos reles mortais! Não adianta eu, a TÉC. DE ENF. 1 e a TÉC. DE ENF. 2 tentar falar “olha, não é assim”. Não, eles não querem nem saber.

TÉC. DE ENF. 1 – Quando eles veem a MÉDICA na recepção... Eles já entram... Se eles veem a MÉD. ali, eles já chegam, na porta eles já tá com os

propedêutica na própria unidade básica sem precisar passar pelo especialista, como ela diz ocorrer em relação às especialidades não disponíveis na rede municipal.

olhos em cima da MÉD., eles não enxergam, parecem que não tão vendo mais ninguém. Eles vão direto na MÉD.

ASB – Não adianta a gente tentar explicar pra ele que “ah, mas isso...”. *Não adianta nem tentar entender e nem tentar explicar.*

Neste trecho, aparecem as tecnologias duras de forma bastante operacional: para otimizar o tempo, simplificar e objetivar o trabalho em saúde. É lançada uma provocação acerca da dificuldade em transpor a demanda para chegar à necessidade, sendo que a “falta de tempo” parece ser utilizada como justificativa da criação de uma necessidade (uso de antidepressivo diante do sofrimento da paciente, por exemplo) e da não exploração da demanda. Na entrevista com a médica, foi abordado um aspecto observado que seria um certo sofrimento em lidar com as demandas”: “Eu tenho dificuldade, assim como acho que todos têm... Quando é interno, se negam a fazer o que não é certo. Os internos não passam... Você ceder em uma coisa que não vai prejudicar...”. A profissional parece não perceber o excesso de intervenção (prescrições de medicamentos, solicitações de exames) como provocadores de iatrogenia e contraproductividade, o que pode, de fato, agravar ainda mais a “falta de tempo”: os percebe como inócuos em “90% dos casos”. Interrogada pela pesquisadora sobre a possibilidade de aumentar o serviço em vez de diminuir, ao não ultrapassar a demanda para a necessidade, a médica reflete:

O paciente que consulta uma vez aqui, ele não sai [...] Eu não sei se eu faço isso [...] Eu não sei se ele gostou [...] Ou vem, muitas vezes quer um exame, eu solicito, aí volta, aí no outro dia “ah, eu podia fazer outro exame”, aí acaba amarrando o paciente na unidade [...] Não sei... Merece estudo.

De fato, não é tarefa fácil chegar a uma compreensão conjunta da necessidade, sendo que os fatores organizacionais influenciam diretamente nesta, bem como há o peso da cultura em saúde que hipervaloriza e cria ilusões acerca do fim que se almeja alcançar – saúde, bem-estar - pelo “meio” que é a “caneta do médico”.

As demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores tanto pela quantidade (demanda reprimida, população mais adoecida pelas condições de vida, demanda por consumo tecnológico etc), quanto por seu conteúdo (dores, sofrimentos, pobreza, violência, loucura etc). São muitas vezes demandas que solicitam apoio, soluções e escuta diferentes [...] Os contatos com essas demandas colocam as equipes e seus trabalhadores perante a complexidade do objeto da saúde, diante da impotência em dar respostas por meio apenas dos procedimentos técnicos habituais, estereotipados, burocratizados e homogeneizadores, pois as demandas ultrapassam o âmbito para o qual os trabalhadores foram preparados: o biológico, o corpo, as partes, as disciplinas

de cada profissão (MATUMOTO *et al*, 2005, p. 16)

Perde-se muito quando toda a equipe incorpora esta cultura e impõe limites à potencialidade do cuidado que poderia ser mediado pelos outros profissionais sem necessariamente passar pelo consumo de tecnologias duras.

4.6. Aprofundando no fenômeno da medicalização no cotidiano de cada núcleo profissional

Nos grupos de discussão, pudemos observar como a medicalização está presente na realidade da equipe, com formas reconhecidas por – e para as quais colaboram com, ora mais, ora menos - todos os membros da eSF. Nesta seção, aprofundaremos nas características e em alguns determinantes e consequências deste processo na prática de cada núcleo profissional. Apesar de partirmos do pressuposto - como enunciado anteriormente - que todas as profissões da saúde têm o modelo biomédico como principal referencial, entende-se que devido às diferentes atribuições de cada profissional na ESF, bem como pela divisão sociotécnica do trabalho (que extrapola a dimensão das competências profissionais), esta apresenta nuances, e mesmo formas, bastante particulares de medicalização e iatrogenias.

4.6.1. Médica e internos de medicina

Analisar o processo de medicalização no encontro médico-pessoa pode parecer, para muitos, mais fácil do que na relação dos outros profissionais com o usuário, por esse ator ser, historicamente, um dos principais agentes de tal processo. Curiosamente ou não, a pesquisadora apresentou grande dificuldade em analisar tal fenômeno nas consultas médicas. A princípio, de forma intuitiva, ainda durante o campo, foi feita a seleção de quais consultas poderiam expressar o objeto de estudo de forma mais clara. No entanto, ao me deparar com as anotações das consultas no diário de campo,

percebi que a dificuldade encontrava-se justamente no fato de a medicalização se inserir de forma intrínseca no método clínico tradicional, centrado na doença e embasado pelo paradigma biomédico, como o é, de forma absolutamente predominante, na clínica em todos os níveis de atenção, inclusive na atenção primária. Quer dizer, de forma intuitiva eu percebia como um ato medicalizante, mas como uma nativa, como médica de família e comunidade, senti dificuldade em discutir essas práticas medicalizantes por elas estarem profundamente imbricadas com o trabalho produtor de saúde, cuidador, curativo e preventivo – com o temor de cair no “tudo é medicalização” ou no “nada disso é medicalização, mas apenas um processo natural da atuação médica”. O risco em cair em um destes extremos permaneceu de forma longitudinal tanto na coleta de dados, quanto na análise destes, pela real limitação do olhar transversal da pesquisa – uma fotografia, bastante redutor da complexidade daqueles encontros e insuficiente para captar a história daquela relação, o vínculo, o conhecimento que a médica tinha do usuário e vice-versa. É, de fato, uma visão pontual de *episódios de cuidado*¹¹² que há muito se iniciaram ou, ao menos, de uma relação profissional-usuário que dava continuidade, a despeito de ser um novo episódio de cuidados.

Outro fator sobre o qual cabe análise, sinalizador de um viés e amplificador desta dificuldade de distanciamento, é o fato de a pesquisadora ter se identificado com a médica da equipe, particularmente no aspecto relacional, no vínculo, na responsabilização com o trabalho, com a prática clínica, bem como com o sofrimento e com as dificuldades de lidar com a complexidade da clínica. Outro aspecto é a forma como os sujeitos pesquisados, particularmente médica e internos, me percebiam, sendo que a médica frequentemente me convidava a discutir sobre exames alterados e terapêutica medicamentosa quando tinha algumas dúvidas (ou apenas ponderações para compartilhar), mesmo que eu estivesse observando a consulta com um outro interno naquele momento. Muitas vezes acabei aceitando o convite – e “entrando no jogo?” - respondendo o que me perguntava, aprofundando em aspectos biomédicos,

¹¹² “Tais episódios distinguem-se dos de mal-estar ou de doença em uma população. Ele tem início desde o momento em que o problema de saúde (ou a doença) é apresentado ao profissional e termina na finalização da última consulta concernente àquelas questões” (WONCA, 2009, p.31-32).

sem puxar para uma ampliação da análise do caso em questão. Em alguns momentos em consultas com os internos, acabei saindo do polo de observadora para o de participante – e de intervenção - quando percebia alguma conduta (como) equivocada, o que também cabe análise, pois na maioria das vezes foram questões relacionadas à prescrição de medicamentos. Acredito que, pela identificação e, para me tirar da posição incômoda de observadora, “de um ‘estrangeiro’ que percebe coisas para os quais eu não me atento”, de forma não consciente a equipe me colocou na posição de médica – de colega, de nativa - a qual eu, por vezes não tão confortavelmente, assumi em muitos momentos.

A primeira semana do campo foi um momento importante de adaptação com a equipe, de reconhecimento de papéis: tanto de minha parte, que procurava entender a dinâmica, os papéis e posturas de cada profissional; quanto da parte deles, me observando e tentando entender o que eu observava, para além do que eu já havia explicitado na primeira reunião. Especialmente com a médica, no consultório, local em que fiz boa parte das observações. Interessante que em outras pesquisas, particularmente as etnográficas, os pesquisadores costumam relatar um interesse grande dos sujeitos de pesquisa com o diário de campo, tanto solicitando àqueles que mostrem o que está sendo anotando, bem como tentando olhar – “espiar” – o que está sendo anotado (BONET, 2004). Neste caso, acredito que este interesse, que evidencia a necessidade de saber “a quem mira este olhar externo”, incômodo, traduziu-se em uma certa ansiedade da médica de que fosse realizado o grupo de discussão com a equipe logo na segunda semana do campo. A pesquisadora percebia o momento como prematuro para a realização deste grupo, adiamento pretendido e facilitado pelo fato de os demais profissionais da equipe não terem disponibilidade para tal. Sendo assim, foi realizada entrevista com a médica naquela mesma data. Interessante que, ao ouvir o áudio da gravação de tal entrevista, a pesquisadora se percebeu em uma posição pouco cômoda, em que muitas vezes interrompia a fala da entrevistada a fim de demonstrar empatia e que compartilhava, e isso é fato, com muitos dos pressupostos e sofrimentos da médica. Em tal entrevista, foi abordado principalmente aspectos do processo de trabalho desta profissional, bem como um pouco da história da equipe. Na segunda entrevista com a médica, que contou com a presença da enfermeira em uma

parte desta, foram abordados outros aspectos do trabalho que se relacionavam mais diretamente com o objeto de estudo, de forma a complementar o que não havia sido possível apreender com as outras ferramentas de pesquisa. Os resultados da entrevista permeiam a discussão dos casos e demais análises.

Durante as consultas observadas, as anotações foram feitas no diário de campo não de forma padronizada: em alguns anotava a dinâmica da consulta, com destaque para trechos do diálogo entre médica/interno e usuário; em outros, primeiramente a análise da atuação profissional (aspectos relacionadas à comunicação, ao desenvolvimento do raciocínio clínico, da relação) e entremeava com alguns trechos da consulta que julgava pertinentes. Obviamente não foi possível anotar o diálogo na íntegra (as consultas não foram gravadas), tendo privilegiado os trechos de maior importância, de forma a captar a essência da consulta. Isto já é um primeiro momento de análise da observação. No segundo momento (após término do campo), enfrentou-se grande dificuldade na objetivação, na tentativa de isolamento das partes da consulta para categorizar, tarefa que diria (quase?) impossível frente a fenômenos complexos; tendo, portanto, optado por apresentar os casos e discutir os conceitos de medicalização que perpassam estes, a luz do marco teórico-conceitual tecido nos capítulos anteriores.

No primeiro turno de observação, acompanhei 11 consultas com a médica no dia do “Grupo Diabético”, sendo que apenas a 11^a paciente não era portadora de diabetes mellitus (DM), foi um “encaixe”. Nos demais casos, o pano de fundo é o DM, porém o motivo de consulta geralmente são outras queixas, o que faz dos usuários dos “grupos prioritários” pacientes “VIPs” na unidade de saúde, pois têm acesso privilegiado¹¹³ ao sistema de saúde, mesmo que o uso que façam dos cuidados não seja o pretendido pelos gestores e profissionais, como comenta a médica: “*A última coisa que eles falam [quando consultam] é sobre a doença... Vem consultar por qualquer motivo, menos pela doença. A glicemia pode estar mais de 300, mas vem consultar por causa da dor lombar*”. Essa observação, a princípio, fugiria do escopo deste trabalho; no entanto,

¹¹³ Como bem explicita a ACS 5: “A maioria que gosta daqui são os diabéticos, hipertensos, os idosos. [Por quê?] *Por falta de dinheiro, tem a médica que eles gostam, é perto, deu certo...*”.

evidencia como o sistema de saúde e o processo de trabalho se organizam de modo centrado na doença, sendo que os usuários criam seus caminhos para a integralidade (aqueles que tem o passe livre do rótulo de doentes e vulneráveis).

Trazemos, para análise, aspectos de algumas consultas, não de todas, destacando que em todos os encontros clínicos pode-se perceber a tensão cuidado-iatrogenia, coprodução de autonomia-heteronomia. Optou-se por trazer aquelas em que o processo de medicalização parecesse mais explícito. Um leitor crítico perguntará, mas porque estas e não as outras consultas? Nas outras, o modelo centrado na queixa, na doença, no manejo de variáveis laboratoriais, na clinimetria, pareceram causar menos tensão - pelo menos aos olhos da observadora - em comparação com as selecionadas. Talvez porque nestas os desencontros entre as representações entre médica e pacientes estivessem mais demarcadas do que naquelas.

Tesser (1999) elaborou algumas tipificações acerca da interação médico-doente na atenção básica, no contexto de uma cultura em saúde medicalizada, a fim de ilustrar algumas possibilidades de encontros e desencontros na prática clínica influenciadas pelas representações de cada sujeito, seus desejos, interesses, expectativas em relação a este encontro - padronizado e singular ao mesmo tempo - que ocorre aos milhares todos os dias nas UBS brasileiras. Estes quatro padrões gerais de interação – (1) *dois sujeitos medicalizados*, (2) *profissional “medicalizado” x usuário “pouco-medicalizado”*, (3) *dois sujeitos pouco-medicalizados* e (4) *profissional pouco-medicalizado x usuário medicalizado* - facilitam, de certa forma, a olhar para os casos coletados e explicitar o porquê da seleção de uns e não outros. Diria que os casos selecionados se enquadram mais nos tipos (2) e (4), expressando os conflitos e lutas quando um ou outro sujeito da relação se porta como “mais medicalizado”, embora isso seja dinâmico e os papéis possam se inverter, como veremos na discussão adiante.

De uma forma geral, a médica da equipe opera uma *Clínica-Clínica*, com um conhecimento abrangente da medicina científica, manejando de forma eficiente e objetiva tais conhecimentos de acordo com as doenças, agravos, queixas apresentados pelos pacientes. Desenvolve sua prática por meio de uma boa relação afetiva com os profissionais da equipe, usuários e comunidade, sendo bastante responsável e implicada com o trabalho, atuando como “advogada do paciente” e tendo um bom

conhecimento da comunidade e das pessoas que ali vivem e das quais cuida. Costuma prescrever os medicamentos dos quais recebe amostras grátis da indústria farmacêutica¹¹⁴ (especialmente de medicamentos para os quais não há disponibilidade na farmácia popular ou farmácia básica): embora o contato frequente com os representantes de tal indústria não tenha parecido relevante em relação à medicamentação nos casos observados, isso não exclui a provável influência destas visitas em relação às prescrições.

Caso da senhora Joana¹¹⁵, 50 anos, diabética, quarta a ser atendida no turno:

MÉD. - Tudo bem?

M - Muito não... Dor de cabeça...de sempre...

MÉD. - [Interrompe olhando o prontuário, vendo exame de urina alterado anteriormente] A urina tá boa?

M - [Responde e continua] Ruim pra dormir... Estômago ruim.

MÉD. - [Logo interrompe, fornece características para os sintomas - os quais a paciente confirma, explicações fisiopatológicas e conclui] Deve tá com alguma irritaçãozinha no estômago, uma gastrite.

M - A cabeça não dói muito, dá também um barulho no ouvido...

MÉD. - Tem zumbido? Tonteira?

M - Sim, tonteira fraca. Quando fico nervosa, o barulho no ouvido e a cabeça pioram.

MÉD. - Tomou algum remédio?

M. - Já usei paracetamol.

MÉD. - Ah, só remedinho... Eu acho que essa dor de cabeça da senhora é enxaqueca. [Dá outras orientações e por fim, lembra da dieta] Refrigerante, frituras, isso a senhora não come, né?

M - Não, quase não tô comendo [Sai com receita de omeprazol, flagass® e outros]

Caso da senhorita Alessandra, 39 anos, última consulta da manhã do “Grupo Diabético”, paciente-extra e não portadora de DM:

¹¹⁴ No primeiro turno de observação e consultas, recebeu 4 representantes da indústria farmacêutica. Recebe visitas de vários laboratórios semanalmente e ganha amostras grátis de medicamentos que médicos da rede privada enviam para a profissional. Mantém um armário em seu consultório com tais medicamentos (uma grande quantidade).

¹¹⁵ Os nomes aqui utilizados são fictícios e servem apenas para facilitar a discussão. A idade também é uma idade aproximada, visto que não solicitei esta informação para os usuários ou para a médica. Utilizo as letras “M” para usuário do sexo feminino e “H” para sexo masculino. Utilizo ainda I1, I2 e I3 para os internos 1, 2 e 3, como explicitado na seção *Os trabalhadores da equipe e outros atores*. Por fim, em alguns momentos entremeio o diálogo com *REFLEXÕES DA PESQUISADORA*, para explicitar as análises que surgiram durante a observação e que foram anotadas no diário de campo. Em outros momentos, transcrevo as observações do diário de campo, sem dar este destaque de “reflexões”.

[Paciente impaciente pelo tempo de espera, explicita isso e diz que não está se sentindo bem].

M - Tô muuuuito ruim... A dor na perna, o remédio demorou para responder... Caroço na mama... Dói...

MÉD. - [Olhando o prontuário] - USG e MMG normais...

M - Batedeira, disparo no coração...

MÉD. - ECG normais...

M - Um negócio na garganta, preso... Aperta... Sufoca a garganta... Dá falta de ar... Sai um "prástico"... Tampa o ouvido... Problema no intestino, muitos gases...

[Médica vai olhando o prontuário. Enquanto a paciente queixa, a médica relata os exames já realizados e normais. A paciente diz que quando toma leite, piora o "prástico"]

M - Quando tomo leite pioro.

MÉD. - Leite?

M - Leite, sorvete, doce...

MÉD. - Tire o doce da sua vida! [Examina e diz] É da sua mama, as glandulazinhas enchem e esvaziam todo mês.

M - Dor de cabeça não é uma dor de cabeça...

MÉD. - Tá tomando a sertralina?

M - Não tá mais fazendo efeito.

MÉD. - Vou te mandar para a Dra [psicóloga].

M - Eu sou agitada, uma agonia, não sei o que me deixa assim agitada... E tem a dor nas pernas...

MÉD. - É uma dor ou uma agonia?

M - É uma dor em agonia!

MÉD. - Ai, meu deus! Você vai me matar com essa "dor em agonia"...

[Mulher diz ainda que não está dormindo por causa da dor; a médica pergunta se está tomando o clonazepam, disse que não, que a médica tirou].

MÉD. - Porque que eu tirei... [aparenta frustração por ter suspenso o medicamento, visto que na sua avaliação a paciente estava mais agitada]

M - Você aumentou o propranolol e tô usando a amitriptilina.

MÉD. - Tira a amitriptilina e volta com o clonazepam. [Méd. quer enviar a paciente ao psiquiatra] Você vai no psiquiatra?

M - Vou sim, porque eu quero melhorar.

MÉD. - Vamos também fazer um Raio-X para confirmar a sinusite, da outra vez você tomou a azitromicina e não melhorou...

M - Eu acordei esses dias com dor bem aqui [mostra a região superior da parede torácica anterior esquerda], parecia uma bronquite.

MÉD. - [Se levanta novamente e realiza ausculta torácica] Não tem nada... [diz reflexiva e em voz baixa]

REFLEXÕES DA PESQUISADORA - Esta consulta se desenrola em uma sequência de idas e vindas, uma dança ou uma luta? Pareceu-me necessário mudar o compasso da dança, fazer um novo passo, porque dançar apenas na música ou na coreografia que a paciente sabe ou aprendeu, não parece eficaz; o problema é que o médico também só sabe dançar essa dança do sintoma, que conduz a um fluxograma/classificação, que conduz a um tratamento: 1. Ouve, pergunta, vê exames; 2. Ouve pergunta, examina mamas e ouvido; 3. Ouve, orienta, examina, ausculta os pulmões.

M - [A paciente é cuidadora da avó] Tem tempo que estou querendo vir aqui, mas a vovó não dá tempo... Tô tentando pôr ela no asilo, elas [responsáveis pelo asilo] não querem aceitar... Antes era eu e minha irmã, agora sou só eu, tô quase ficando doida...

[Médica não explora essa questão de ser cuidadora, dentre outras pistas dadas pela mulher. Depois de terminada a consulta (após ser questionada por mim) me conta que a paciente já era assim antes de cuidar da avó com DPOC em

oxigenoterapia domiciliar, embora reconheça que ela tenha piorado quando ficou como única cuidadora...]

MÉD – [Imediatamente à saída da paciente do consultório] Eu não aguento essa mulher! Ela não tem nada. Viu o tanto de coisa que ela queixa? Por isso que eu passei ela para o psiquiatra, eu não dou conta dela! Eu fico tentando tirar o benzodiazepínico das pessoas, mas ela eu tenho vontade de passar 4mg de clonazepam à noite!

REFLEXÕES DA PESQUISADORA – O vai e vem da consulta (ouve, pergunta, examina; ouve, pergunta, examina) e tantas queixas de fato me deixaram agoniada. Em alguns momentos, senti vontade de prescrever “placebos” para algumas queixas, particularmente a dor nas mamas. A médica focou o plano terapêutico em sua avaliação de um transtorno psiquiátrico e da sinusite.

Nestas duas consultas, podemos observar que o principal determinante delas serem em algum grau medicalizantes é a *Insuficiência da Biomedicina e do Método Clínico Centrado na Doença para lidar com a complexidade do adoecimento*, particularmente na atenção primária. A médica foca nas queixas físicas, buscando esclarecer os sintomas por meio da anamnese e exame físico a fim de compor um diagnóstico, dar um nome. No segundo caso, o foco da avaliação está na tentativa de mostrar à paciente que ela “não tem nada”, não tem uma doença “física”, mas como a paciente continua “sentindo, sentindo, sentindo” é realizado um diagnóstico psiquiátrico: na entrevista ela relata que a paciente tem um “transtorno ansioso depressivo” e que “a família toda é assim”. Não é explorada, em nenhum dos dois casos, a experiência com a doença – *illness*, nem aproveitados os sinais dados pelas pacientes acerca de suas concepções sobre o adoecimento, não é explorado de que forma isso se relaciona com suas vidas, o que poderia ressignificar os sintomas e ser terapêutico: “Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode reconhecer sintomas específicos, mas então não compreenderá nada do sofrimento do paciente” (ILLICH, 1975a, p.134).

Medicaliza-se, portanto, por possivelmente ocultar a causalidade biopsicossocial da enfermidade – e, por conseguinte, a terapêutica – dando um rótulo biomédico para um sofrimento que sinaliza ir além disso (nível interacional de medicalização); por reforçar para as pacientes que o seu sofrimento está no corpo, o qual é conhecido e perscrutado pela médica, reforçando um saber heteronômico sobre o próprio corpo e experiência com a doença, como aponta Illich (1975a, p. 130), “A profissão médica decide quais são as dores autênticas, quais as que são imaginadas ou simuladas, A sociedade reconhece este julgamento profissional e adere a ele”; e, ainda, por não

valorizar, como no segundo caso, o sofrimento físico da pessoa quando esta apresenta queixas complexas que compõe um mosaico de um adoecimento biopsicossocial. Poderíamos ir um pouco além, na análise deste e de outros casos, apontando uma possível iatrogenia por omissão (diferente do que apresentamos no capítulo 2): por omissão da palavra (comunicacional, que não permite a expressão do sofrimento), mas também omissão em oferecer outras explicações, outras racionalidades, outras oportunidades de cuidado. Esse tipo de iatrogenia recai na responsabilidade da equipe, mas também na gestão do sistema de saúde acerca das ações que são ofertadas ou estimuladas a serem desenvolvidas.

Durante a observação, como descrito em “reflexões da pesquisadora” me veio ao pensamento as metáforas de “dança” e “luta” no encontro clínico. Poli Neto (2011) utiliza tais metáforas para traduzir a relação médico-paciente que ocorre ora de forma mais “lisa”, ora mais “irregular”. O sentido que dá à “dança”:

Em muitas ocasiões, observar uma consulta médica é como observar um casal dançando, há uma música no ar que parece levar os dois na mesma toada, às vezes, com um tropeço aqui e outro ali, mas o que impera é uma vontade de um e de outro de que aqueles minutos transcorram da melhor maneira possível. Empatia, afeto, respeito, confiança, transferência e contra-transferência são algumas das palavras-chave utilizadas para explicar consultas como essas (POLI NETO, 2011, p.144).

Para a “luta” traz a dimensão do conflito: “[...] ocorre uma disputa tensa e conflitiva, apesar de não poder ser uma luta franca por sua própria assimetria. O que parece haver é uma disputa por espaço entre o detentor oficial do saber e do poder e aquele que busca conseguir o que considera melhor para si mesmo” (POLI NETO, p.139-140). Tomamos emprestadas as suas metáforas em um sentido diverso, em algumas situações, até mesmo oposto. A “luta” diria que é quando há desencontros de representações sobre saúde-doença, em que se disputa saber-poder e também os meios e resultados pretendidos com as práticas oficiais de saúde, como nos tipos (2) e (4) de Tesser (1999). A dança seria os tipos (1) e (3) de Tesser, em que se dança uma mesma música (representação), porém no caso de (1) “dois sujeitos medicalizados”, estas coreografias podem ser bem estranhas umas às outras, quer dizer, cada dançarino dança no passo que conhece, porém não busca (ou não consegue) dançar com o outro, como se os dois, juntos, dançassem sozinhos. No segundo caso, esta metáfora fica bem clara: uma dança descompassada em que médica e usuária só

sabem dançar no mesmo passo, medicalizado, mas não o fazem de forma sincrônica, embora a paciente pareça dar o tom, marcar um passo que a médica se deixa levar. Quando a médica cansa desta dança dos sintomas, encerra com um diagnóstico psiquiátrico e a medicamentação de um possível “sofrimento social” com uma classe de medicamentos sedativos que representa o “soma”¹¹⁶ da nossa sociedade atual.

Na categoria V, abordamos a prescrição dos benzodiazepínicos como possivelmente relacionados a dificuldades em lidar com a subjetividade e a singularidade do encontro e das pessoas envolvidas no cuidado: profissional e usuário. Na entrevista a médica ponderou alguns fatores que a influenciam na prescrição: “Porque o paciente pede: ‘meu parente usa tal e eu não tô dormindo, eu quero.’ [...] O sofrimento da paciente. [...] Você entra com o rivotril, ela volta e fala: ‘Sou outra pessoa... Agora eu durmo, eu acordo eu tô disposta’”. E questiona: “Até que ponto eu tenho que segurar isso?”:

MÉD. - Eu costumo falar para o paciente que, se não tem contra-indicação absoluta, eu costumo falar: tá te fazendo bem? “Tá”. Tá te deixando melhor? “Tá”. Você tá dormindo bem? Tá mais tranquilo? Gente! Por que que eu vou fazer a pessoa ficar angustiada, passar a noite inteira em claro, porque o remédio tem uma meia-vida tal e pode tal, tal, tal, tal. [...] Voltei o rivotril pra ela [Alessandra], ela tá uma benção, ela tava consultando toda semana! Então até que ponto é tão ruim assim? [Neste ponto, a pesquisadora questiona vários aspectos do uso dos benzodiazepínicos: tolerância e dependência da droga, danos à saúde a longo prazo, dependência do serviço de saúde, tratamento de problemas com causalidade psicossocial. A médica responde] Eu acho que essa outra parte é tão mais difícil que a gente acaba optando pelo mais fácil! [risadas] Pelo menos pra mim, que não depende só de mim também... Na correria do dia-a-dia, com o número de pacientes, a gente acaba fazendo.

Esta fala explicita o que abordamos no capítulo 2 acerca do preceito hipocrático de aliviar sempre intrincado com a dificuldade de lidar com o sofrimento do outro no contexto organizacional e cultural que está posto:

[...] a realidade do atendimento aos doentes, o qual é por sua vez angustiante e repleto de contradições e conflitos, pois grande parte dos doentes não se apresentam trazendo entidades doenças diagnosticáveis. Os médicos lançam mão, então, de artifícios básicos que ninguém pode questionar, e que se misturam nas suas representações. Um deles é o uso de máximas que funcionam como obrigações morais do profissional, tipo “*sedare dolorum divinum est*”. Ou seja, os profissionais devem aliviar o sofrimento dos doentes, o

¹¹⁶ O “soma” é a “droga perfeita”, com o mínimo de efeitos colaterais e o máximo de efeitos anestésicos frente à realidade cotidiana, que é um ícone do clássico livro “Admirável Mundo Novo” de Aldous Huxley. No livro o “soma” é a principal ferramenta de controle social de um mundo que prima pela “comunidade, identidade e estabilidade” em detrimento da liberdade e do mal-estar do mundo real.

qual se traduz na prática em queixas e sintomas de todos os tipos que, então, passam a tomar o lugar das “doenças” e ser objeto de intervenção direta na busca de sua eliminação. Este projeto de combate à dor transcende as instituições médico-científicas, permeando toda a sociedade contemporânea, e surgiu de forma inédita na história das culturas (TESSER, 1999, p.121-122).

A partir da segunda semana do campo, todas as consultas observadas foram realizadas pelos internos de medicina, a médica participando apenas da discussão do caso e tomada de decisão clínica, geralmente realizada sem a presença do paciente. O número de consultas por turno, em média, era de 3 por interno (10 consultas agendadas para a médica), tendo eles, portanto, um tempo bem maior de atendimento; o que, apesar de não representar a realidade dos serviços de atenção básica, é uma realidade frequente em contextos de ensino. Julgamos, também, que estas consultas mais longas puderam demonstrar, de forma mais clara, os limites da organização do pensamento biomédico e do método clínico hegemônico, não constrangidas pela suposta causalidade da “falta de tempo”, na determinação de uma atenção clínica medicalizadora.

O primeiro interno observado foi o I1, com cerca de 23 anos de idade, bastante reflexivo, simpático, manifestou interesse em seguir a especialidade de cirurgia geral. Em uma reunião com os outros internos, contou da difícil experiência dos primeiros contatos com a clínica, como a de aprender a anamnese clínica, a semiologia com pacientes graves internados na ala de oncologia; como foi dolorosa a primeira vez que conseguiu enfrentar seu medo de contato com o paciente, tendo construído uma boa relação com um paciente terminal, e este foi a óbito no dia seguinte.

Caso de Patrícia, jovem de 24 anos:

I1 - O que te trouxe aqui?

M - Esquecendo tudo, esquecendo muito...

I1 - Esquecendo...o quê?

M - Pessoas/nomes/coisas/tudo!

I1 - Aconteceu alguma coisa?

M - Não...

I1 - Mudou alguma coisa? Preocupada com algo?

M - Nervosa, muito nervosa...

I1 - Como tá a relação com a família?

M - Tá tudo bem...

I1 - Tem filhos?

M - 2.

I1 - Casada?

M - Solteira. [Interno anotando e ela continua] Nervosa sempre, choro muito à noite, não consigo dormir... [Fica emocionada, enche os olhos de lágrimas].

I1 - [Continua anotando e perguntando] Esquece nomes/rostos da TV?

M - Não, da TV não... Já esqueci meus filhos na escola uma vez...
I1 - Você estava em casa e esqueceu? [Explora os esquecimentos e depois a insônia, por fim pergunta sobre o trabalho, demonstra que estava atento ao que ela falava] Você trabalha de terça a... [Pergunta como está o trabalho]
M - Sobrecarregada.
[Interno pergunta sobre dor de cabeça, paciente confirma que sim, explora as características semiológicas da dor de cabeça. Vai para o exame físico: exame neurológico bem sumário - força, reflexos de membros inferiores, oculomotricidade, ausculta cardiovascular e respiratória. Como um ritual mesmo... Pede licença e sai para discutir o caso. Neste momento a paciente pareceu se inclinar em minha direção, talvez para dizer algo mais, mas eu já estava levantando para participar da discussão de caso e assim segui].
I1 - Acho que ela tá passando por um problema social, mas ela não falou nada, perguntei do trabalho, de casa, só não perguntei de relacionamento...
MÉD. - Se ela não falar, tudo bem, pode também encaminhar para a psicóloga se achar que precisa. Remédio? Nem sempre... Mas se a gente não passa remédio o paciente não fica satisfeito. Passa um fitoterápico, tem um de maracujá, Calman... Um comprimido à noite”.
[Retorna para o consultório]
I1 - Vou te passar um remédio para acalmar...Mas o principal é você fazer a Higiene do Sono! [foi enfático e com ares de uma limpa e eficaz cientificidade] Fazer de sua cama um santuário! [Paciente sorriu] Todos estes sintomas podem ser por você não estar dormindo bem.

Após o término de cada consulta, perguntava como os internos avaliavam o atendimento¹¹⁷. O interno 1 respondeu acerca do atendimento de Patrícia:

Nossa difícil, nunca atendi um caso assim... Não sei nem abordar... Porque até hoje a gente só atendeu em ambulatório de especialidades, no máximo o PS que mais se aproxima disso... [Pergunto se nem no ambulatório de psiquiatria e ele diz que não] Porque lá é psicopatologia mesmo, e ela não tem uma doença psiquiátrica, só se daqui a um tempo... *No livro não tem falando o caso Dela* [enfático, apontando para a cadeira onde a usuária estava sentada]. *Ela não é uma doença!* Para mim é um caso social, não sei...

Segunda consulta com o interno 1, caso de dona Ivone, 64 anos:

M - Vim trazer exame da tireóide... Vim tratar da osteoporose [...] Tenho dor no pé, ele dói... Boca seca... Bambeza no corpo... A mulher mediu ali [a pressão arterial na triagem] e disse que tá 11 por 6, acho que tá baixa...
I1 – [Vendo o exame de USG e examinando o prontuário] Não, tá ótima, 11 por 6 tá ótima! Tava tomando cálcio por quê? Deixa eu ver seus outros medicamentos.
[Achei engraçada a cena e me senti em uma posição confortável de observadora, frente à posição de médico(a) e a dificuldade que é abordar tantas queixas juntas para a racionalidade médica hegemônica]
M – Acho ruim que deu diabetes, sabe por quê? Porque eu tenho problema no pé e tenho medo de ter que ser preciso de cortar o pé... Mas ela [a glicemia]

¹¹⁷ Acabei adotando uma postura diferente nas consultas com os internos em comparação com as que acompanhei com a médica: com esta ficava na posição de colega, observadora, sem muitas intervenções; com aqueles, além de observadora, acabei intervindo mais, perguntando como avaliavam a consulta (o que enriqueceu bastante as observações), mas também sobre a escolha de algumas condutas (terapêuticas e diagnósticas), num “escorregão” do papel de pesquisadora para o de preceptora.

não tá alta não, tá? [O interno fica procurando a glicemia e não aborda os temores da paciente] A segura na boca é por causa do diabetes? Você nunca ficou assim não?

I1 – Do diabetes? Pode ser...

M – [Repete sobre o medo de ter que cortar a perna, mas pondera/pergunta] É só se entupir a veia, né? [Queixa muito do pé esquerdo...]

[Aluno não abordou os temas que a usuária trouxe à consulta, encontrou 3 outras alterações que a paciente não esperava: medidas alteradas no prontuário (PAs de 160), o exame que a paciente levou havia um nódulo de tireóide com características não descritas, inchaço nas pernas. Percebi que a paciente foi ficando triste com as condutas preconizadas pelo aluno: exame de agulha da tireóide (PAAF), medida de pressão 3 vezes de manhã e à tarde na semana (para averiguar um diagnóstico de hipertensão – apesar da PA no dia estar normal), fazer exame para ver porque a perna está inchando. Pensei: “Muito doutor e pouco médico”. Discutimos o fato de no USG de tireóide vir um nódulo, no qual o examinador não descreveu o aspecto se era hipoecóico, homogêneo, heterogêneo, não ter feito doppler; daí o aluno começou a me dar uma aula sobre nódulo tireoidiano]

I1 - Se for hiperfuncionante a gente faz cintilografia, se for hipo, a gente vê o doppler que ajuda a avaliar e pede o PAAF.

[Pensei: “Muito cientista e pouco terapeuta”. O interno demonstrou saber pouco sobre terapêutica/iatrogenia medicamentosa: queria prescrever sinvastatina no almoço, visto que percebeu que a paciente não estaria tomando a medicação por não jantar regularmente – tentando contemplar a singularidade da paciente, tudo bem; não abordou o uso conjunto – e contínuo - de omeprazol com levotiroxina – considerando a interferência da primeira sobre a segunda, o fato de a paciente ter osteoporose; sem falar da levotiroxina em dose de 25mcg¹¹⁸ ...]

O *flash* “muito doutor e pouco médico” surgiu com a lembrança de um texto de uma colunista da revista Época, Eliane Brum, intitulado “Ser doutor é mais fácil do que se tornar médico”, do qual destacamos os trechos bastante apropriados para o caso:

Tornar-se médico – e não apenas um técnico em medicina – não passa pela capacidade de escutar o outro como alguém que tem algo a dizer não apenas sobre seus sintomas, mas sobre uma visão de mundo singular e uma interpretação complexa da vida? [...] É grande o debate sobre se faltam profissionais ou se eles estão mal distribuídos. O que me parece é que não faltam doutores no Brasil – o que falta são médicos. São muitos os doutores que ainda nem sequer se formaram, mas já assumiram o título e o encarnam num sentido profundo. O SUS terá mais chance quando existirem menos doutores e mais médicos trilhando o mapa do Brasil” (BRUM, 2013).

¹¹⁸ Abordamos na *Nota 51* o exemplo da medicamentação com doses subterapêuticas em que as medicações nem mesmo estariam indicados. A médica relata uma alta frequência de diagnósticos equivocados de hipotireoidismo - “sobrediagnósticos” – devido a erros laboratoriais e critica a postura da secretaria de saúde que ao invés de suspeitar e fazer vigilância da qualidade dos exames laboratoriais, tomou a decisão de disponibilizar o medicamento para hipotireoidismo (levotiroxina) em maior quantidade na farmácia básica.

Ainda sobre o atendimento de dona Ivone, perguntei “Essa foi mais fácil?”, pois percebi que o aluno ficou mais “à vontade” nesta consulta do que na anterior:

I1 – Sim, foi... *Porque é uma doença com etiologia, já tô com o fluxograma na cabeça* [referindo-se ao nódulo tireoidiano]. *Eu não vou passar benzodiazepínico para uma moça com problema psicológico...* [referindo-se à Patrícia] [...] *Porque eu quero ser cirurgião...* “Então, tô com uma dor aqui...” “Vamos lá!” [resolver isso agora]

[Conta ainda de uma pesquisa qualitativa que realizou na faculdade sobre “o que é saúde”, por ocasião de uma disciplina: inicialmente programaram de pesquisar estas representações entre os pacientes, alunos e professores, mas acabaram fazendo apenas com dez professores do ciclo básico, conta sobre os resultados] Falaram que era Amor... Qualidade de vida... Que aquilo que a OMS fala não tem nada a ver, é muito mais... *A gente achou meio esquisito, que ninguém falou de doença, porque o que a gente vê geralmente é isso...*

Neste turno de consultas com o interno 1, as consultas pareceram apresentar uma ordem decrescente de complexidade e crescente de conforto pelo interno: a terceira consulta, que não reproduzo aqui, era de um homem jovem com uma hérnia inguinal, queixa objetiva, diagnóstico simples, tratamento claro, de fácil manejo para um futuro cirurgião (e qualquer outro médico). Em verdade, eu julgaria a segunda como a mais complexa, porque traz elementos biopsicossociais bastante intrincados, com uma maior importância do “bio” do que a primeira, o que confere o risco de simplificação, que foi o que ocorreu. Por que o aluno ficou mais confortável na segunda? Porque encontrou elementos passíveis de objetivação para se ocupar, uma condição para qual um nome foi dado, uma causa, um protocolo bem definido de manejo, que “tem no livro”, ao contrário do primeiro caso, que “tira o chão” de muitos profissionais nativos da biomedicina.

“Se eu não encontro uma doença, o que eu faço com a pessoa?”. Essa pergunta respondemos no marco teórico, sendo que, no âmbito da clínica (nível interacional de medicalização), patologizo o sintoma, desautorizo o sofrimento da pessoa ou confiro um rótulo de patologia psiquiátrica (transtorno somatoforme, somatização, outros). No âmbito da ciência biomédica (nível conceitual de medicalização), positivista, defino novas categorias de problemas, transtornos, pré-enfermidades. Resposta medicalizadora que tem se tornado comum, “definição de problemas não-médicos como médicos”: para lidar com a pessoa, seu sofrimento, sua experiência com a doença, criam-se novas categorias de doença, novos protocolos, parâmetros quantificáveis,

critérios diagnósticos qualitativos, para saber o que fazer (ou ter o que fazer – cumprir com o ritual heteronômico) com a pessoa, uma tentativa quase desesperada de objetivar e controlar o incontrolável.

“E quando eu encontro alguma doença”, mesmo que não seja a “agenda da pessoa”, o motivo da consulta, elejo-a como linha principal da consulta. Obviamente é preciso otimizar a consulta e os médicos têm a responsabilidade de tratar e abordar as questões que sabem (ou acreditam) ser danosas à saúde das pessoas, cumprir a “agenda do médico”; mas em não abordar a “agenda do paciente”, sua enfermidade, perde-se muito em efetividade, além de maximizar o potencial iatrogênico de reforço do papel de doente a partir de novos achados, novas investigações diagnósticas e novos tratamentos, como no segundo caso. Dona Ivone chegou com pressão “baixa” ou controlada, com algumas queixas que não foram exploradas, saiu com três outros problemas com os quais não contava.

No caso de Patrícia, nota-se que o interno facilmente percebeu que se tratava de um “sofrimento social”, porém não teve habilidades para abordar o problema, terminando por medicalizar com a prescrição de um medicamento fitoterápico (além da alternativa de “psicologizar o sofrimento”), com uma resposta reducionista - todos os sintomas “por você não estar dormindo bem” e uma medida comportamental – a higiene do sono - com ares de pílula milagrosa, “um santuário”.

Nos casos complexos, a medicalização e várias formas de iatrogenia parecem ocorrer com mais frequência. Reproduzo abaixo anotações do diário de campo sobre uma visita realizada com a médica e os internos a uma senhora acamada, com cerca de 50 anos de idade, e que já foi sujeito de *projetos terapêuticos singulares* por parte dos internos por demanda do professor que acompanha a experiência do estágio na atenção básica:

Paciente com história de “esclerose sistêmica” e “vasculite central”, sem tratamento específico no momento, com histórias “mal contadas” sobre uma hemiparesia direita (parou de andar há pouco tempo), relato de internação por AVC (conforme relatório da UTI do município) conflitante com as informações da família, que relata como causa desta mesma internação a ingestão intencional de psicotrópicos em grande quantidade.

Caso bastante complexo, marido alcoólatra, filhos também dependente-químicos. Paciente agora acamada, colostomizada (por uma constipação de etiologia não esclarecida, segundo a médica), com sonda vesical de demora (com relato de indicação pela família não ter paciência de levá-la várias vezes ao dia no banheiro, por recusarem sonda de alívio e por a paciente recusar a

fralda), acompanhamento atual (porém não regular) com cirurgião do ramo privado da cidade. Já acompanhou com neurologista em Goiânia.

Primeiramente os internos preocupados com pequenos problemas que não os principais (uma pequena lesão pruriginosa na pele), mais preocupados em “colocar do que tirar”. Depois perceberam as questões de um mal manejo impactando no caso: até então pareciam conformados com toda a dificuldade já instalada e interessados em ajudar tratando pequenas coisas. Para mim “cheirando iatrogenia” (somática e psíquica): “o emocional” da paciente ainda mais comprometido pela colostomia e a não-reconstrução do trânsito intestinal. Por fim focaram na questão da inevitabilidade do quadro, sem solução... “O problema é rede familiar/social”, “O marido pensa que o corpo é um pedaço de alumínio, que nem da cadeira de rodas, do jeito que ele falou que sopra na sonda [vesical de demora, para desobstruir!]”. O marido também realiza pequenos furos na colostomia para saída dos gases e reduzir o número de vezes em que se faz necessário esvaziá-la.

Por fim, discutem sobre as prováveis iatrogenias e a má condução do caso devido ao acompanhamento com vários médicos. Médica aparenta sentir-se insegura para gerir casos em que os pacientes acompanham com médicos da rede privada – “esses médicos são uns deuses”. Os internos: “quem tem mais de um médico, não tem nenhum”.

Médica ao fim reconhece a dificuldade em manejar o caso devido “ao choreiro” [toda vez que a paciente é visitada pela médica, chora o tempo todo, o que não acontece quando é visitada apenas pelos internos] e também fala da dificuldade do acompanhamento, de ter informações confiáveis sobre as intercorrências da paciente na UTI privada, por exemplo. Pelo fato de ela ter plano de saúde e doenças crônicas que justifiquem, eles a internam recorrentemente na UTI: “Ela espirrou, ela vai para a UTI”.

Internos decidiram eleger novamente o caso de tal paciente como projeto terapêutico singular do estágio naquela unidade.

A despeito das limitações no conhecimento do complexo caso com variáveis biológicas, subjetivas, sociais, familiares de fato determinantes, nos interessa a questão da iatrogenia longitudinal, da fragmentação do cuidado, de como a não realização de uma boa coordenação do cuidado – por todas as limitações descritas e provavelmente ainda outras – pode ser medicalizadora e iatrogênica.

As primeiras duas consultas observadas com o interno 3 (em estágio optativo conforme descrito anteriormente) foram de uma mulher e um homem (um casal), com idade aproximada de 50 anos, reproduzo, da mesma forma que no relato da visita domiciliar, as anotações do diário de campo:

[Casal que abordei do lado de fora do consultório, estavam impacientes pela demora, uma tendência a avaliar mal a unidade. Perguntei se consultavam ali, se costumavam consultar em outros lugares, o marido falou que consultava no particular, não estava conseguindo comprar os medicamentos, então foi para a ESF para que reencausassem para o cardiologista pelo SUS para trocar os remédios, mas que até hoje não tinham marcado a consulta – há cerca de 3 meses aguardando. A mulher veio para consultar também. Foram os últimos a serem atendidos do dia, tinham ido pela manhã “pegar senha”.]

13 – [Quando o aluno chamou o casal eu estava respondendo a uma solicitação da equipe. Quando entrei na sala o aluno já havia anotado algumas coisas e me passou] Ela está queixando “só” de uma dor lombar...

[Disse que podia continuar que eu não queria interromper. Aí a paciente apresentou as outras queixas de inchaço nas pernas e, “meio sem vontade”, falou de um problema sério nos olhos, que foi investigado há 20 anos atrás, que “ninguém descobriu, nem o Dr. Joaquim que é professor da UFG resolveu”, então desistiu, e continua usando Meticorten (prednisona) 20mg há 20 anos, que é única coisa que melhora, não usa todo dia, só quando começa a doer, mas é quase todo dia. “O Dr. Amauri me disse que ou eu usasse todo dia ou eu parasse, então eu preferi continuar”. Descreve o caso como uma dor de cabeça que começa forte, depois os olhos avermelham e lacrimejam muito. “o Dr. Joaquim disse nunca ter visto nada igual”, não esclareceu o diagnóstico e orientou então que mantivesse o mesmo tratamento.

Enfim... Essa história no meio de outras 3 queixas principais: dor lombar de início recente, dor no pé direito de início recente (que não melhorou com uma dose de prednisona) e edema de membros inferiores com varizes bem exuberantes.

O aluno, no momento, não quis explorar as queixas que desencadearam o uso da prednisona e não explorou os problemas relacionados, mas chegou a perguntar se a usuária sentia algum receio ou algum problema caso fosse proposto suspender a prednisona. Ela disse que sim, porque sabia que ia piorar... Não se mostrava muito interessada em investigar novamente o problema, estava adaptada a esta situação.

REFLEXÕES DA PESQUISADORA - Eu, observadora, tive uma certa ansiedade em esclarecer o caso de base. Percebi que o interno não quis explorar o caso, mas que ia acabar abordando a questão da prednisona. Além do que ele manifestou interesse em encaminhá-la para a Reumatologia, o que não achei plausível por não haver referência para tal especialidade na cidade e considerar prematuro (ou mesmo desnecessário) o encaminhamento. Acabei entrando no mérito das queixas, me deslocando da posição de pesquisadora e assumindo a postura de “médica detetive”, o tempo todo me percebi nesta posição na consulta da esposa...

Acabou-se pactuando que ela trouxesse os exames antigos para investigar melhor e colocar o caso no Telemedicina. As outras queixas ele abordou de forma adequada e ampliada.

Quando passou para o caso do marido, este começou a queixar-se de falta de ar, cansaço, e o aluno parecia achar que eram questões mais simples ou de ansiedade (o paciente havia me dito ser cardiopata do lado de fora do consultório), o aluno demorou a perceber que o paciente era de fato cardiopata, estava há bastante tempo sem os medicamentos, acabou fazendo um exame físico sumário, apenas ausculta cardiovascular e respiratória (o aluno estava mesmo cansado e preocupado com o horário).

REFLEXÕES - Neste caso acabei interferindo também e dizendo ao marido que era o momento apropriado de mudar os medicamentos (segundo o paciente, ele não estava usando os medicamentos por serem caros e não estarem disponíveis na farmácia básica ou na farmácia popular). Percebi que o aluno estava desenhando a intenção de encaminhar ao cardiologista sem fazer o que era necessário para o doente: meu “vício” (de coordenação do cuidado e abrangência de cuidados) de não encaminhar “sem necessidade” ou apenas quando já tivesse feito todo o necessário, falou mais alto que a imparcialidade.

Por fim, o interno discutiu o caso com a médica e colegas, decidiram por mudar os medicamentos para os disponíveis na rede e pedir que ele voltasse, assim como a esposa, com os exames que já tinha feito.

Ao final o aluno só conseguiu dizer: “Me consome muito, não sei... Sei que me consome...”.

Em um outro dia, retomando sobre este caso com o interno 3 e sobre os outros atendimentos do mesmo dia (os quais não observei):

Aluno “justificou” o fato de não ter explorado melhor os problemas apresentados por ter pego 4 outros casos de “sofrimento mental” no dia, nos quais conseguiu fazer uma abordagem mais integral, mas que no último (consulta que observei) além de cansado, não fluiu. Percebeu o casal com uma certa resistência, não teve uma boa empatia, eles pareciam não estar abertos para mudanças... Disse que não ia mesmo explorar as queixas que justificassem o fato de usar a esposa usar prednisona de forma contínua por estes motivos: transferência e contra-transferência ruins, além da percepção de que a paciente não estava aberta a mudanças (o que é uma análise bastante realista). Segundo ele, a relação transferencial não foi boa, dificilmente alcançaria uma boa relação terapêutica; embora tenha me relatado que, em outro dia, a paciente voltou e concordou em retirar a prednisona... Disse que durante a consulta da esposa, ficou pensando acerca da consulta do marido que se seguiria: “tomara que seja uma IVAS ou uma gastrenterite”. “Não precisava ter vindo os 2 juntos. Poderia ser 2 consultas independentes!”. Disse ter percebido que o marido era um pouco submisso à esposa... Disse também que se eu não tivesse interferido, perguntando mais sobre as queixas da mulher não ia mesmo explorar, ia deixar passar por todos os motivos expostos acima. Pois, além de tudo, estava preocupado também com o horário (ser realista – 6º princípio do MCCP). Médica, que estava ouvindo nossa conversa, entrou na discussão “de fato, se a gente for abordar tudo o que o paciente traz a gente atende cinco consultas num período, não dá mesmo, tem que focar em algumas queixas” (além de ser realista e saber manejar o tempo, parece uma postura de defesa frente à uma suposta acusação de não se fazer uma clínica “ampliada”).

Estes dois casos e as percepções do interno trazem novas questões para análise, pois ilustram que uma abordagem mais reducionista, que pode predispor à medicamentação, a iatrogenias (clínicas, longitudinais, comunicacionais, simbólicas, etc), não perpassa apenas pelas representações de saúde-doença, quer dizer, não se esgota por um ou outro sujeito ser “mais” ou “menos” medicalizado, mais ou menos afinado com a biomedicina. Há um encontro de subjetividades, de mundos, que pode promover o cuidado ou a desresponsabilização; neste caso há uma “luta”, uma relação transferencial que não ocorreu de forma “lisa”, que sofre determinações da bagagem pessoal, cultural, socioeconômica de cada um dos sujeitos em relação, como demonstra Lopes (2012, p.114, grifo do autor) acerca do “antes” do encontro, que pode ser terapêutico ou não, e interfere diretamente na relação médico-paciente:

Para o médico, começa 1) no curso de *graduação* [...] *escolha da especialidade* [...] *momento da vida atual*; e 5) culmina nos *momentos preliminares à consulta*, como influência da consulta imediatamente anterior, conhecimento prévio da pessoa, etc. Para a pessoa que busca ajuda, começa 1) com sua *história* pessoal [...] segue com a decisão pelo *momento de buscar ajuda* [...] passa pela

escolha do médico; e 5) segue na recepção da *Unidade de Saúde* e tem seus momentos finais pré-consulta no ambiente e nas conversas da sala de espera.

No caso em questão, vários destes determinantes estavam presentes, inclusive os “momentos preliminares à consulta” tanto no caso do interno como no caso do casal, em que este, como explicitado tinha um objetivo claro de obter um encaminhamento para a especialidade focal, bem como havia “peregrinado” desde a manhã até ser o último a ser atendido no turno da tarde. Aparece o fator “Tempo” como limitante, embora no caso em questão, este fator parece ter interferido mais na “ansiedade, cansaço” do interno e ter sido tomado como justificativa para explicar uma questão de outra ordem, das subjetividades despertadas pelo casal e pelas consultas que realizou anteriormente. De toda forma, fica claro como fatores organizacionais da unidade de saúde, e, portanto, não apenas individuais/subjetivos, interferem diretamente na relação terapêutica e de vínculo que se pretende formar.

Como apresentado anteriormente, e pode-se perceber pela autocrítica do interno 3, este possui treinamento com habilidades de comunicação, bem como desenvolve uma prática reflexiva e autocrítica. Com vivência na APS desde o início da graduação, optou por estagiar novamente na atenção básica, mesmo pretendendo seguir a especialidade de cirurgia geral. Pude acompanhá-lo em outras consultas, no dia do “Grupo Hipertenso”, em que foram realizados três atendimentos:

Uma senhora de cerca de 50anos, hipertensa, sintomas inexplicáveis até então: dor precordial em aperto com ECO de estresse e teste Ergométrico normais. Queixa ainda de “sinusite”.

I3 – [Utiliza técnicas de comunicação: prevenção de demandas aditivas, deixa o usuário falar, depois (apenas depois) explora os problemas. Explorou o entendimento (ideias) da pessoa sobre o sintoma, pergunta dos familiares. Tenta negociar o plano terapêutico em relação à sinusite] Vamos fazer assim?

M - Se o senhor falou...

I3 - Não...

M - A gente tem que perguntar quem sabe...porque se a gente for na farmácia eles vendem [o antibiótico - amoxicilina].

I3 - Não... Mas a senhora tem que ajudar a gente a decidir!

[O interno, e eu também, ficamos muito capturados pelo esclarecimento diagnóstico da dor torácica, pela descrição e importância dada pela paciente quanto à queixa, bem como por ela ser de “um grupo de risco”]

M – [Depois de um bom tempo de avaliação, perguntas sobre a dor torácica, mais ao final da consulta, diz] Essa dor eu tenho há muito tempo, mas eu preciso saber o que eu tenho...porque uma dor...nunca é normal, né? [Há 7 anos tem a dor, já submetida a exames diversos...]

I3 - [Aluno explora e delimita a demanda, usa SOAP, anota tudo o que o paciente traz (quer), para depois negociar com o paciente. Comento com ele, após término da consulta que os outros internos não utilizam estas técnicas]

Porque se a gente começa com “queixa principal” já foca em um problema e acaba não abrindo oportunidade para os outros; essa queixa de sinusite ia acabar aparecendo lá o meio da consulta, ou no final...

Neste caso, aparecem algumas situações sensíveis à medicalização: sintomas medicamente não-explicáveis ou ainda não explicado (dor torácica) que são hipervalorizados no início da consulta e depois redimensionados (“essa dor eu tenho há muito tempo”) porém com a persistência do desejo de um diagnóstico objetivável (“porque uma dor... nunca é normal, né?”); a usuária traz um diagnóstico (sinusite) e uma expectativa de como ele deve ser abordado (antibiótico), demanda algo e não consegue compartilhar a decisão - ou não concorda com a conduta sugerida pelo interno (“se o senhor falou...”). O interno faz uma abordagem centrada na pessoa, aborda a experiência com a doença e tentar fazer um plano terapêutico conjunto. Uma ferramenta útil que ele utiliza - além das habilidades em comunicação - e que tem a potência de qualificar o encontro clínico é o “SOAP”¹¹⁹, como ficou conhecido o Registro Clínico Orientado para o Problema. Este modelo de história clínica tem sido considerado como o mais adequado para a atenção primária, para um acompanhamento longitudinal, entre outros motivos, porque: trabalha com a noção de Problema e não de Diagnóstico (hipótese diagnóstica); tem como elemento central a lista de problemas, que facilita o manejo de pessoas com multimorbidade (podendo reduzir iatrogenias por omissão, bem como por excesso); organiza a informação de forma objetiva e que facilita o manejo das situações ao longo dos encontros.

A segunda consulta do “Grupo Hipertenso”, uma senhora de 59 anos, dona Carolina:

¹¹⁹ Este termo é o nome dado às “notas de evolução”, forma de registro dos encontros clínicos deste modelo de prontuário orientado para o problema (desenvolvido por Lawrence Weed na década de 60), que é constituído pela Lista de Problemas, Base de Dados das Pessoas e pelo SOAP que é uma sigla do inglês que agrega quatro pontos da abordagem clínica: S – Subjetivo (anamnese), O – Objetivo (exame físico e dados objetiváveis como resultados de exames), A – Avaliação (do problema, seja um diagnóstico ou a descrição de um problema), P – Plano (terapêutico, diagnóstico, educativo).

M - Pressão alta... “13x7”... Dor de cabeça... Batedeira... Colesterol alto.

I3 - [Às vezes de uma forma rápida já vai jogando para o campo “psi”, sem perguntar, digo, sem considerar outras causas como a iatrogenia clínica. Já foi direcionando para “como está em casa?”, “passando por algum problema?” — Muito difícil algum paciente se abrir desta forma, apenas se estiver “desabando”]

M – [Paciente diz já ter tido orientações do cardiologista para parar de usar o Enalapril 10mg MID, mas tem receio de parar] *Você tomando o remédio de pressão você sente um pouquinho mais de firmeza... Pelo menos você não é pego de calça curta!* [Mais ao final da consulta pergunto o que ela quis dizer em não ser “pego de calça curta”, e ela diz] *Quando você tá usando o remédio você tem confiança que ela não vai subir demais...* Minha pressão sempre foi baixa... [Paciente muito incomodada com a PA 130x80] A minha pressão anos atrás era 9 por 5. [Pergunto porque ela se incomoda com a pressão 13x8] *A gente fica com medo... A gente fica sozinha, fica com medo de passar mal à noite. É só ela ficar 12x8 que eu já sinto dor de cabeça! A do meu marido chegou a 28!* [Sinaliza uma experiência familiar com o adoecimento do marido, com uma hipertensão arterial grave, com complicações, o que depois foi confirmado pela médica. O marido da paciente havia falecido com complicações da hipertensão, por cardiopatia].

I3 – [Aluno identifica o “exagero” da terapêutica de HAS, porém quis, digo, acabou enquadrando a tontura e as palpitações mais para o “psi”. Conseguiu pactuar a redução do enalapril de 10 para 5mg: explorou a necessidade de segurança dos dois, confiança nos profissionais e nela própria; reforçou o acesso e que poderia contar com a equipe sempre que precisasse. Pediu o ECG para fazer vínculo e mostrar que seria tranquilo retirar o anti-hipertensivo]

REFLEXÕES DA PESQUISADORA - A iatrogenia clínica e o enquadramento “psi”, o que vem primeiro? Cascata e círculo vicioso: medicaliza um sintoma → gera outros sintomas → enquadra estes no campo “psi”. Uma escuta atenta, que valoriza o que a pessoa queixa é importante, não valorizando a cultura do medo e da doença, mas ampliando a causalidade destes sintomas, assim como sua terapêutica. A insegurança e a falta de conhecimento clínico podem reforçar o modelo biomédico, centrando na doença (por medo ou insuficiente exploração dos diagnósticos diferenciais mais prováveis): o aluno demorou a reconhecer a provável associação entre os sintomas da paciente e um quadro de “hipotensão ortostática” induzido pelo uso desnecessário e iatrogênico do anti-hipertensivo, cujo uso estava imbricado com concepções sobre hipertensão que a mulher trazia de sua experiência com o problema.

I3 – [Ao final, o interno tentou pactuar medidas preventivas (incorporar prevenção e promoção um dos princípios da MCCP), orientando que a paciente bebesse mais água: no início da consulta a paciente disse que bebia muito pouca água, só meio copo umas 3 vezes ao dia, disse que se bebesse um copo inteiro sentia-se “cheia, sufocada na garganta, que ficava inchada, que isso já tinha muito tempo, desde quando descobriu que tinha problema na tireóide”. Aluno disse que ia cobrar que ela tomasse mais água, pelo menos 1 copo/vez, e repetiu várias vezes] Eu vou cobrar, viu? Eu vou cobrar! [Enquanto anotava no prontuário].

M - É seu direito [disse com uma expressão de “desdém”].

I – [Notavelmente irritado, mas fala firme e educadamente] É quase o meu dever, né?

Na avaliação do interno sobre esta consulta, ele disse que neste momento final achava que a paciente estava concordando com a terapêutica negociada, inclusive da água, que estava mais “resiliente”, mas depois do “É seu direito”, ele sentiu com se tivesse levado “um tapa”:

Filha da puta! Ela bate de frente... Ela desafia mesmo. Teimosia! [...] Toda vez que eu me pegava em alguma planta - “erva-cidreira, camomila”, ela dizia que não, que não usava plantas, que sentia mal, que dava muito sono nela... O alicerce dela é o enalapril! [...] Cheguei a um momento a pensar em entrar com um tricíclico ou um ISRS [classes de antidepressivos], muito ansiosa, insegura... A gente vai ter que trabalhar isso, a ansiedade dela...

Pacientes que incomodam o médico resistem, de alguma forma, acabam ganhando o selo de ansiedade/depressão? Neste final, parece ter ficado claro que inclusive a insistência do aluno em orientar e insistir sobre a ingestão de água, era uma forma “dele” desafiar a usuária: um claro exemplo da “luta” como descrito anteriormente. Pergunto ao aluno sobre o fato de o alicerce da paciente ser o enalapril: reconhece que provavelmente se deva à experiência com a doença do marido. Medicalização da doença crônica, ou da convivência com, como isso afeta a experiência pessoal/familiar com a doença? Remete-nos ao que Tesser (1999, p.126) diz sobre o paciente medicalizado, o doente crônico com um longo tempo de contato com os serviços de saúde:

Nesses casos tem sido registrada uma transformação na identidade dos doentes no que tange à situação de saúde-doença. O paciente passa a se identificar com a doença (tipicamente: “hipertenso”, “diabético”) e relaciona diretamente o bom andar do seu tratamento com o processo (e a possibilidade) de peregrinação pelos serviços, agendamentos, exames, etc. [ou com o acesso a medicamentos, acrescentaria]

Frequentemente o doente medicalizado é sujeito de conflito/incômodo para boa parte dos médicos, visto que o doente maneja, de acordo com o seu referencial leigo, o arsenal de propedêutica e terapêutica biomédico e deposita sua confiança não nos terapeutas-médicos, que muitas vezes são meras etapas burocráticas para se acessar certos insumos. O incômodo pode se dever tanto ao “uso inadequado” ou a demandas não lógicas para o especialista biomédico, quanto à dispensabilidade do profissional médico para tais usuários aculturados na biomedicina.

Ainda sobre o caso de dona Carolina, interrogado sobre a percepção de iatrogenia o aluno aponta: “talvez mais iatrogenia da palavra, pode ser que algum

momento ela tenha precisado [do enalapril]”. Ele não reconhece o processo como uma possibilidade de iatrogenia clínica (diagnóstico equivocado de hipertensão) complicada pela representação que a paciente tem sobre HAS - pela experiência de doença do marido, sendo viúva agora - aspectos que mereciam ser melhor explorados para conseguir abordar o uso do anti-hipertensivo (a sua suspensão ou redução de dose) e os temores da paciente, que tem algo de um “pensamento mágico” acerca de tais medicamentos:

Tanto a religião quanto os fármacos se apresentam em nossos dias como soluções mágicas e milagrosas aos males individuais, supostamente capazes de desfazer angústias sem desmarranhar suas causas. Como veremos, essas soluções mascaram a origem afetiva interna e inter-relacional das dificuldades psíquicas encontradas por todo ser humano – portanto por cada um de nós – em sua inserção no ambiente onde vive e que o constitui (MARTINS, 2008, pp.87-88).

Em outro momento, observei médica e internos conversando sobre um interno (que chamarei de Bruno) que passou recentemente pelo serviço, aluno que parece ter sido polêmico em vários estágios da faculdade. O assunto surgiu pelo fato de uma idosa que aguardava consulta naquele dia ter resolvido ir embora quando soube que seria atendida por um aluno:

[A idosa ficou “traumatizada” após ter sido atendida pelo Bruno, pois tirou toda a roupa dela para examinar umas manchas na pele].

MÉD. – Ele é muito rigoroso, muito correto [...] Segue o protocolo à risca [...] Tira a roupa toda da paciente para examinar a pele [...] Queria biopsiar uma manchinha que a paciente tinha desde a infância [...] Pediu colonoscopia de rastreamento para todo mundo [...] Ele tá certo, não tá? Eu até apoiiei ele, levei os protocolos de prevenção na secretaria, aí a médica reguladora disse “Tudo bem. Mas eu tenho 5 colonoscopias por mês [para o município todo] e aí?”. Eu disse isso pra ele e ele “Esse SUS é muito pobre!”. Eu disse “*sim, esse SUS é muito pobre, mas é o SUS que a gente tem...*” [...] Mas eu gostei muito dele [do Bruno]. Ele continuou pedindo colonoscopia e eu guardava os que eram só rastreamento, não deixava ir para a regulação.

I1 – Ele tenta fazer uma “*medicina ideal*”, uma *medicina centrada na medicina, não centrada no paciente*. Nem nos Estados Unidos ele vai conseguir fazer uma medicina desta. Se eu acho que ele está certo? *Eu digo que não, que está errado*. Mesmo a colonoscopia... *Você pode ser menos invasivo, considerar os fatores de risco... Avaliar a aceitação do paciente*.

Este diálogo demonstra os “maus sonhos” da biomedicina, a “medicina ideal”, o “nirvana” da biomedicina, que é a ausência desta variabilidade difícil de controlar e lidar que é o sujeito doente: a *medicina centrada na medicina* pode lidar exclusivamente com a doença, uma concepção absolutamente negativa do sujeito. Estes desejos, traduzidos

em práticas, parecem ser incorporados por muitos dos iniciados, a ponto da médica demonstrar esta ambivalência: acredita na existência da medicina imaculada (sem a interferência da pessoa e do sistema de saúde), mas considera que este é o possível, “é o SUS que a gente tem”, sonho inalcançável por uma provável limitação do sistema de saúde, segundo sua concepção uma “clínica degradada”? Esta crença é frequente e de certa forma esperada entre os especialistas focais, cujo objeto de investimento é a doença, mas é inadequada e perigosa para o médico de família e comunidade cujo foco é (ou deveria ser) a pessoa, para o médico que lida com uma população geral, o qual deve exercer uma função filtro qualificada, como aparece na fala do interno 1. Em verdade, a “clínica degradada” é a que aparece como “ideal”: a degradação clínica pela adoção acrítica de protocolos clínicos - recomendações terapêuticas, de rastreamento, etc. – com recomendações de sociedades de especialidades para populações selecionadas, altamente influenciadas pelas pesquisas desenvolvidas e financiadas pelo mercado mundial de fármacos e tecnologias médicas.

Em outra oportunidade observei outro atendimento a uma senhora hipertensa, dona Janete, realizada pelo Interno 1:

[Interno entra na sala acompanhado da paciente e já chamando a atenção para a pressão arterial desta, que está muito alta]

I1 – Pode ir falando aí. Tô aqui para escutar [Diz isso enquanto olha os exames, embora já tivesse interrompido com 5 segundos de fala. Não deixa a paciente responder às perguntas. Muito focado na HAS]

M – Deus não vai deixar eu ter diabetes...

I1 – Não é só deus não... Tem o exercício, alimentação... Deus... Só o LDL está um pouco aumentado [...] Quando descobriu a hipertensão? [Paciente começa a falar da família e aluno interrompe para perguntas das medicações. Mede pressão arterial novamente e pergunta se a paciente está nervosa. Pressão arterial sistólica de 240mmHg].

M – Tô... Com medo de sair de ambulância do posto... Já aconteceu várias vezes. Chegar andando e sair de ambulância.

I1 – A senhora tava sentindo alguma coisa?

M – Tava desse jeito que eu tô aqui... Eles me falaram muita coisa... [Começou a falar das complicações, semelhantes às que o aluno falou na sequência. Aluno examinando a paciente e auscultas as carótidas] Parece que meu coração tá batendo na cabeça...

I1 – Vamos fazer um acordo: você não vai para o hospital de ambulância, mas você vai para a UPA. Pode ser que esta pressão alta estoure um vasinho na cabeça.

M – [Chora, não quer ir para a UPA] Se acontecer alguma coisa é porque Jesus quis...

I1 – Não, mas o que Jesus quer é que você vá para a UPA e fique lá... Os médicos te olhando!

M – Meu marido não acredita, se eu tô de pé ele diz que eu tô boa.

[Enquanto isso aluno revisando o prontuário e decide reajustar a terapêutica anti-hipertensiva voltando com a nifedipina, não perguntou porque havia sido suspensa. Nisso entra a nora da paciente, que estava se consultando com outro interno, e o interno explica que a pressão da senhora estava 23x13 e havia o receio de um AVC e infarto. Convenceu a familiar: tem que ir pra UPA para olhar a pressão]

M – Não... Vou pra casa. Tomo um banho e depois vou. [Nora diz que leva a paciente, iria pedir para o filho da paciente levar, esta responde] Se seu sogro não te encher o saco... Senhor deus, me revela alguma coisa...

REFLEXÕES DA PESQUISADORA – Um choro que traduz as incongruências de uma doença que não vem carregada de enfermidade e da dificuldade de o marido entender o problema com uma doença, uma enfermidade?

I1 – [Após a paciente deixar o consultório] O problema dela não é a pressão, é o marido... [Neste momento chega o outro interno que estava atendendo a nora em outro consultório e conta que a nora estava muito estressada, que jogou água fervente no marido, que este quase bateu nela. O interno 1 fica espantado].

I1 – Só aqui que a gente vê essas coisas... Vida real! [A partir da percepção de vários fatores que influenciam a saúde-doença, interno diz admirar os médicos de família, que é “muito além do médico terapeuta, muito complexo”...] O que é o médico? Eu acho que eu tenho uma visão errada... Hospitalocêntrica... Objetiva... Tem uma queixa, resolve a queixa. Aqui vai além da queixa, tem que trazer o paciente, convencer o paciente a tomar o remédio... É cansativo. Por mais que no hospital você trabalhe muito, não tem o estresse daqui. [Pergunto porque a insistência em mandar para a UPA, se não era melhor considerar o desejo da paciente e pensar em uma outra alternativa] Mais para a nossa proteção... Ela tem a ignorância de não saber o que pode acontecer. A gente sabe! [Perguntei se ele via algum malefício em mandar a paciente para a UPA, este parece não perceber qualquer problema ou risco de iatrogenia] Qual o problema com a UPA? Já foi lá? É tranquilo... Não é cheio... Tudo novinho!

REFLEXÕES DA PESQUISADORA – Lembrei de uma idosa de mais de 80 anos que atendi na UPA de outro município com pressão arterial elevada e que queria insistentemente contar dos problemas de violência doméstica que sofria e eu não dei atenção, foquei na pressão arterial elevada.

Uma pergunta que precisa ser feita é o que há por trás de um “jaleco branco”? Do “efeito jaleco branco” (embora a primeira pergunta também seja pertinente)? Tomamos isso como um sinal puramente objetivo, mas há um mundo de ideias, concepções, experiência com a doença e com a vida, que não exploramos para entendê-lo de forma singular, como isso afeta o sujeito. No caso em questão, apesar dos níveis pressóricos bastante elevados, a paciente encontra-se assintomática, o que caracterizaria um quadro de “urgência hipertensiva”¹²⁰, sugerindo uma hipertensão

¹²⁰ Conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, um nível de pressão arterial diastólica > 120mmHg (o da paciente era de 130) em pessoa assintomática é classificada com uma urgência, embora “a pressão arterial, nesses casos, deverá ser tratada com medicamentos via oral buscando-se redução da pressão arterial em até 24h”. Embora haja autores que não considerem valores para inclusão na categoria de urgência, mas sintomas e quadros clínicos associados, o que não mudaria a conduta clínica mais segura e adequada no caso em questão. As diretrizes estão disponíveis em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

crônica não controlada: há a necessidade de intervir sobre tais parâmetros, porém sem redução abrupta dos níveis pressóricos, sob pena de causar uma iatrogenia. O aluno parece não perceber o risco iatrogênico da transferência do cuidado para a UPA – onde ela certamente seria tratada como “uma emergência”, bem como os danos do prejuízo do vínculo com a paciente, ao não respeitar o seu desejo, bem como perder a oportunidade de construir um plano de cuidados ali mesmo na ESF. Neste sentido, imperaram os interesses individuais, uma prática defensiva, “mais para a nossa proteção”, em detrimento da relação usuário-unidade básica de saúde, bem como de uma análise real dos riscos daqueles parâmetros no caso específico, singular. Isto é, como a própria biomedicina sabe, mas por vezes esquece, estes parâmetros de normalidade dependem de um “fato”, que é a medida da pressão arterial, mas também de um “valor”, um “deve ser” deste níveis pressóricos, cujos valores pretendidos dependem das características clínicas, biológicas, do indivíduo em questão, sem falar das outras variáveis relativas à subjetividade, bem como de interesses socioeconômicos das entidades e indústrias envolvidas nas pesquisas que embasam tais recomendações e diretrizes terapêuticas.

Por fim, as últimas consultas observadas foram as realizadas pelo interno 2, que parece um pouco mais tímido ou inseguro que os outros durante a consulta e tem uma abertura maior para outras racionalidades (assim como o interno 3), especialmente com a homeopatia por experiência pessoal e familiar (mãe pediatra e homeopata). Com ele acompanhei consultas de crianças no “dia do peso”, das quais transcrevo trechos do diário de campo:

Criança de 10 meses, consulta de rotina de puericultura, desenvolvimento neuropsicomotor adequado, aluno aborda a alimentação. Me pergunta sobre a diluição do leite em pó para verificar se a mãe está fazendo a mamadeira corretamente. Eu pergunto à mãe “Como está na lata? Como orienta lá?”. Me lembro de Illich ironizando o combate a automedicação em uma época em que temos mais informações sobre os medicamentos. Interessante que na camiseta da mãe (que é estudante de farmácia) estava escrito: “Automedicação? Não! Oriente-se com um farmacêutico”. Somos nossos próprios algozes e vítimas? No cuidado com as crianças, na puericultura, em geral se aborda questões ampliadas, mas a expropriação do saber da mãe/avó é uma questão importante: hoje ainda mais complexa e mesmo com inversão de papéis, em que médicos tensionam para práticas “mais naturais”, porém sem reconhecer o saber das cuidadoras(es) e lidar com os desejos e saberes das usuárias(os).

Este caso parece útil para ilustrar a dimensão da expropriação do saber dos usuários, dos cuidadores, bem como a força das corporações, da disputa de mercado pelas profissões em saúde e sua influência no reforço de uma cultura heteronômica em saúde:

Another part of your job [dos médicos de família ingleses, a quem se dirige] consists in guarding simple technical devices from unauthorized use. Probably quite correctly, our society makes the paradoxical assumption that its members - most likely because of their advanced education, their experience in dangerous living and driving, their daily contact with all kinds of poisons - are less suited than their forebearers to handle dangerous devices. Our society assumes that antibiotics, for instance, which can be packaged with precise instructions for their use and about contra-indications, should be kept out of people's hands - even though for millennia the most dangerous poisons and addicting drugs (which were not titred and whose action was little understood) could stand on the kitchen shelf. *Your licensing function as drug-police reflects and confirms a social regression* (ILLICH, 1982, p.464, grifo nosso).

Em outra consulta, uma situação chamou a atenção acerca dos “rótulos”. Os profissionais são demandados para dar nomes para aplacar a ansiedade do “desconhecido”, do “inominável” (embora neste caso havia sim um diagnóstico para ser dado, bastante frequente na população geral), sem que isso mude em nada o cuidado ou o prognóstico:

Criança com lesões hipocrômicas, atópica (alérgica), mãe preocupada. Aluno explica que provavelmente as lesões eram decorrentes de um quadro alérgico, porém demonstra insegurança, mais inseguro por ser percebido como tal: “que nem prova oral, prova oral com os pacientes todos os dias”. A mãe ficou insegura e demandando um nome para o problema, mas foi embora com as orientações de alergia. Aluno: “Eu poderia ter falado que ela tem ‘leucodermia’... [quer dizer, um termo científico que denota qualquer lesão esbranquiçada na pele]. Questão de rótulo, tem quem gosta, tem gente que não tolera”.

Algumas vantagens, ou melhor, necessidades relacionadas ao “rótulo” e ao diagnóstico foram abordadas na categoria III, bem como os problemas da rotulagem desnecessária, da “promoção da doença” por este mecanismo. Outra questão, que é posta em relação às possíveis iatrogenias do enquadramento diagnóstico, é o reforço do papel de doente e a possibilidade de reforçar os estigmas relacionados aos rótulos. Quanto aos rótulos em saúde mental, como apareceu na categoria V (em que a médica enumerou critérios de depressão e enquadrando a mulher em um diagnóstico), a necessidade de nominar os “transtornos” e “desvios” no âmbito relacional, do encontro clínico, pode decorrer mais dos profissionais do que dos usuários, na tentativa de simplificar a abordagem do sofrimento mental, como sinaliza a fala da médica: “Tem

muita gente que fala: ‘ai, eu sou nervosa, ansiosa...’. Eu digo: ‘Não, você tem isso! Você tem transtorno de ansiedade. Você tem depressão’. E assim, a pessoa chegou, falou a clínica, eu falo “você tem isso”:

Catalogar os portadores de anormalidades significa estender o controle social às forças da natureza e reduzir, desse modo, a ansiedade da sociedade. A definição da anormalidade muda de uma cultura para outra. Cada civilização cria suas próprias doenças. O que numa é doença, pode ser crime, manifestação de santidade ou pecado em outra (ILLICH, 1975a, p.72).

Um último caso com algumas sutilezas:

Criança de 5 meses com “chieira”.

Mãe – O pediatra [da UPA] passou só uma nebulização, eu achei muito a dose, mas ele começou a expectorar... Não passou um xarope... [...] Tá ficando com a cabeça quente.

I2 – Cabeça quente... Pus o termômetro não deu febre...

Mãe – Por que a cabeça quente então?

[Aluno explica que pode ser da suadeira, baixando a temperatura. Faz uma tradução imediata da explicação causal do saber popular para a perspectiva médica]

Mãe – [Reforça] Ele não passou nem um xaropinho, só mesmo o aerossol.

[Revisando o prontuário da unidade, viu-se que desde os 45 dias de idade, quando a criança apresentou um quadro de bronquiolite, vem usando diversos tipos de xarope. Inicialmente prednisolona. Aos 3 meses usou hidroxizine por tosse e rinorréia. Depois apresentou tosse com hiperemia de membrana timpânica bilateralmente e usou amoxicilina com prednisolona novamente (sem sinais de broncoespasmo pelo prontuário)]

Reflexões da Pesquisadora – A medicina baseada em evidências (MEB) contribui com um conhecimento que, neste caso, advogaria pela não recomendação de boa parte destes medicamentos. O prontuário orientado para o problema (POP) com uma lista de problemas facilitaria observar a recorrência de doenças respiratórias e o uso frequente de medicamentos.

[Após a avaliação de outros aspectos, especialmente sobre o uso de leites artificiais, aluno redige orientações sobre alimentação da criança e coloca o almoço às 12h]

Mãe – Esse almoço 12h... Não posso dar 11h, não? Porque lá em casa a gente almoça mais cedo...

I2 – Pode, pode! É só uma sugestão...

Observa-se como quase de forma imperceptível se coloniza o saber popular por um saber (pseudo)científico que não necessariamente oferece ganhos em qualidade de vida, tempo de vida ou qualquer outra forma de resiliência, potência para enfrentar o mundo. Aparece, ainda, além da medicamentação de adoecimentos comuns da infância, a medicalização do cuidado com as crianças e a questão da autonomia x heteronomia - de forma cômica ou caricata.

É interessante destacar que, após apresentar os casos observados e utilizar algumas das tipificações de Tesser (1999) para caracterizar estes encontros, percebe-

se que essas quatro possibilidades podem ocorrer na prática de um *mesmo* profissional na relação com diferentes usuários, bem como eu arriscaria dizer que esses 4 padrões podem ainda ocorrer em uma mesma consulta ao tratar de diferentes problemas, ou ainda, que eles poderiam ocorrer em um mesmo *episódio de cuidado*, visto que a construção do vínculo, a relação profissional-usuário e visão de ambos acerca dos problemas e motivos de consultas em pauta mudam (ou podem mudar) a partir de novos contatos. De alguma forma, esta possibilidade de reinvenção, de transitar para uma clínica menos “detetive” em que se busca esgotar todos os assuntos em um mesmo encontro e de forma cartesiana e controlada, para uma clínica do tipo “flash” (BALINT & NORELL, 1976), pode beneficiar relações médico-usuário difíceis - com tensões, por exemplo, em relação a demanda por procedimentos - que vinculadas a reavaliações, garantia de acesso, podem favorecer a mudança de uma tipificação para outra, ao permitir novos encontros para um mesmo episódio de consulta, o que não significa fragmentação do cuidado.

Por fim, até aqui fica claro que o fenômeno da medicalização aparece frente aos temas da subjetividade e do estilo de vida: o profissional se paralisa ou medicaliza¹²¹. O mesmo ocorre nas questões relacionadas à prevenção, fator de risco, identificação de problemas precoces: quando ainda há um “silêncio dos órgãos”. Há uma cegueira epistemológica da biomedicina em enxergar a pessoa e suas necessidades de forma integral, o que não parece ser regra entre os médicos. Há de fato, uma dificuldade em lidar com a biografia das pessoas, ao contrário da “nosografia”, na qual os médicos são treinados durante toda a sua formação. Em geral, os profissionais identificam, sim, que há “algo social” ou “psicológico”, mas ou não reconhecem isso como do seu núcleo de atuação profissional, ou não estão emocionalmente (a própria subjetividade e a relação transferencial) e tecnicamente (reconhecer o padrão de relação transferencial, ter habilidades comunicacionais para abordar tais questões) preparados para lidar com a complexidade do encontro clínico, ou não desejam/se interessam, ou não tem condições organizacionais que permitam ou facilitem uma prática mais integral. A medicalização, no nível interacional, decorre muito menos da falta de reconhecimento

¹²¹ Observações realizadas pelo Prof. Gastão Wagner de Sousa Campos, durante qualificação desta dissertação.

de que há outros fatores coproduzindo o adoecimento, do que de técnicas, saberes, recursos emocionais e condições organizacionais para lidar com ele. É menos cognitivo do ponto de vista do diagnóstico, e mais relacionado às habilidades, atitudes, sentimentos dos profissionais, bem como ao contexto dos serviços.

4.6.2. Enfermeira e técnicas de enfermagem

Desafios semelhantes aos enfrentados para analisar a atuação médica ocorreram ao olhar para a medicalização no trabalho dos outros profissionais de saúde - enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde: em reconhecer que o trabalho clínico, administrativo e educativo pode ou não ser medicalizador, atentando para não julgar que tudo o que fazem esses profissionais é controle da população, apenas um exercício permanente do biopoder e “gestão da vida” das pessoas.

Como já demonstrado, estes profissionais apresentam uma pobre incorporação das atividades clínicas e de acolhimento de demandas por atendimento, ficando restrito, no caso da enfermagem (enfermeira da equipe, enfermeira supervisora e graduandas), à execução de procedimentos de enfermagem, atividades administrativas e atenção clínica a alguns grupos prioritários, bem como acolhimento de uma pequena parte da “demanda-extra” por consultas e insumos. Este *modus operandi* é fortemente influenciado pela organização local dos serviços, além da contribuição das próprias diretrizes da ESF e da formação profissional. Vimos que a enfermeira da equipe ocupa o posto de gerência da UBS, tendo boa parte da sua atuação voltada para atividades de vigilância (vacinas, campanhas, inquéritos) e administrativas (controle de estoque de insumos, acompanhamento do trabalho dos ACS e técnicos de enfermagem, agendamento de consultas no SISREG, preenchimento de relatórios, etc.), com forte controle da gestão central sobre sua atuação, tanto pela precariedade de vínculos trabalhistas, como pelo próprio objeto de trabalho, altamente normatizado, padronizado,

com metas estabelecidas *a priori*. No entanto, isto não exclui, totalmente, a possibilidade de *trabalho vivo* por esses profissionais:

A ESF geralmente tem o processo de trabalho muito normativo, e sua coordenação se coloca na função de fazer cumprir as normas ditadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, em função de um razoável autogoverno que os trabalhadores têm no seu processo de trabalho, estes operam no sentido de produzir o cuidado da forma como lhes convém, esta é a possibilidade que o trabalho vivo dá ao trabalhador na saúde. O cuidado vai se fazendo em linhas de conexão, rizomáticas, formadas pelos trabalhadores com base em processos de liberdade e captura, no contraditório, onde de um lado está o território burocrático das ações programáticas e de outro o nomadismo do médico na sua ação com os usuários, desterritorializado na normativa da ESF. [...] Essa diferença torna o médico um estranho na sua própria equipe, um “não adaptado” à normativa da ESF, mas ao mesmo tempo é o modo como ele torna possível sua ação cuidadora (ANDRADE & FRANCO, 2009, p.76).

Assim como vimos que médica e internos conseguem escapar da normatividade para desenvolver um trabalho clínico não apenas capturado pela lógica da gestão e da vigilância em saúde, também a enfermeira traça “linhas de fuga” do instituído para desenvolver o cuidado clínico de forma não convencional, em uma dialética do controle, das normas, com a autonomia necessária para o cuidado do outro e de si mesmo. Veremos, nos relatos da própria enfermeira, como este cuidado, entre “liberdade e captura”, traduz também a ambivalência do cuidado-medicalização.

O “instituído” não decorre apenas das normas da ESF, mas também da gestão municipal e do contexto socioeconômico-cultural local fortemente influenciado pela prestação de serviços médicos especializados pela rede privada, isto é, a dificuldade de incorporação da clínica pela enfermeira também sofre estas e outras influências. Isso pode ser percebido no cotidiano do serviço e apareceu em diversos momentos na fala da enfermeira: ao abordar o porquê dos atendimentos domiciliares serem realizados rotineiramente apenas pela médica (vide Nota 93); em uma situação que um paciente se negou a ser atendido por um interno e explicitou “não quero ser atendido por enfermeiro”, sobre o qual a enfermeira comenta haver “uma dependência grande do papel do médico... Como se fosse uma afronta ser atendido pelo enfermeiro”. No entanto, esse recuo da atividade clínica não é compartilhado pela médica da equipe que em mais de uma ocasião ressaltou a importância do enfermeiro atuar, realizar consultas de enfermagem, fazer mais o “trabalho de enfermeira e menos de técnico” – enfatizando que não se relaciona com reduzir demanda para si, visto que reconhece um

campo de atuação próprio do enfermeiro. Entende que o receio dos usuários em consultar com o profissional de enfermagem se deve ao fato de não conhecerem o papel deste e ressalta “Eu acho que o profissional mostra sua importância”, “Uma consultinha bem feita e já ganha o paciente”:

Muitas vezes referimo-nos aos trabalhadores como aqueles que não sabem, não querem fazer o que devem, não querem assumir seu papel de cuidadores. Esquecemo-nos que, como nós, esses trabalhadores estão imersos em uma sociedade com fortes determinantes da lógica capitalista em função da produção de objetos, voltados para o lucro e para a individualização. (MATUMOTO *et al*, 2005, pp. 19-20)

Observou-se que o trabalho da enfermeira é o que melhor traduz as contradições da ESF, representadas nas disputas: coletivo x individual, vigilância x clínica, preventivo x curativo, ações administrativas x assistenciais, procedimento x orientação (ou não-intervenção). Esta clareza, esta possibilidade de tomarmos o trabalho da enfermeira como analisador das contribuições da ESF à medicalização se deve ao papel comumente desempenhado por tais profissionais de “guardiã’ da norma da Saúde da Família” (FERREIRA, ANDRADE, FRANCO, 2009, p. 94).

ENF. - A assistência fica muito a desejar... Muito a desejar mesmo... Se tivesse uma pessoa para ficar só nessa parte administrativa, e o enfermeiro realmente exercer o papel *Dele, de consulta de enfermagem*, de trabalho preventivo... [...] Por exemplo, assim... *Eu tô ali na recepção, eu tenho o cartão do SUS pra fazer e... Tô me ligando porque não sei quem faltou no serviço e... Estourou o cano! E chega uma paciente com queixa ginecológica: “minha filha, coça aonde?”. Você não vai... Não vai: “ah, tem quantos dias? Começou quando?”. Não! “Começou? Tá coçando? Vem cá”. Você entrega. “Tchau”. Você não vai investigar, você não quer saber se ela tá botando a calcinha pra secar dentro do banheiro... Naquele momento, a última coisa que você vai perguntar é isso... [...] Nem sempre é possível, você não tem como esmiuçar aquilo ali. Às vezes, no preventivo, você tem mais um tempinho de falar “ah, como você faz?”, “eu coloco a calcinha, eu seco ela ali, eu não passo”, aí você muda um habitozinho, né? Ali é hora, mas assim, no corredor? Como é o que você vai mudar hábito ali? [faz gesto de negação] *Queixa-conduta... Queixa-conduta... E foi, e a pessoa sai satisfeita...**

Nesse exemplo, fica claro como a responsabilidade gerencial interfere diretamente na clínica, isto é, a sobrecarga com atividades administrativas que “um auxiliar administrativo poderia fazer” - como ela mesma destaca na entrevista - favorece a adoção de uma clínica degradada, do tipo queixa-conduta, de forma a objetivar o trabalho e ser resolutivo: “Elas acham bom, resolve o problema, não dá fila de espera”. De fato, é uma resposta a uma necessidade de saúde, o que poderíamos

questionar, de fato, é a qualidade do atendimento, os danos de uma possível avaliação equivocada, além da centralidade no medicamento em detrimento de uma abordagem integral em relação aos hábitos que contribuem para tais adoecimentos.

PESQUISADORA - O que mais vocês passam no balcão?¹²²

ENF. - Muita coisa. Não vou mentir não... [risadas] O quê que acontece... Tem muito paciente que vem e fala assim... Todo mundo, todo mundo tem a cultura de ter pelo menos um paracetamol, uma dipirona em casa... Eu não nego! *Eu não nego, primeiro porque: se ele chegar na farmácia com dinheiro, ele vai comprar, o farmacêutico não vai negar; não é uma medicação que precisa de receita; e aqui é público, né?* Eu fico assim, “gente, é público, é deles, a farmácia não é minha”. E aí eu vou pegar e... E eu não vou entregar? Quando eu entrei no PSF, eu falo que mudei demais, quando eu entrei eu era a ferro e a fogo, ou era 8 ou era 80! Tipo assim “Você tem receita? Eu te entrego. Não tem? Eu não te entrego”. Porque eu tinha muito na minha cabeça o que era certinho, né? Então eu vou fazer tudo que é certinho... Aí depois que eu fui... Não sei se vai relaxando ou se vai conhecendo mais o serviço... Aí eu fui vendo assim: por que que eu não vou entregar um remédio que ele tem acesso se ele tiver dinheiro? [...] As técnicas não entregam nada. Nem ranitidina. Elas me perguntam. [...] Se eu não tiver, elas não entregam. *Então assim, às vezes eu tô pegando a medicação, aí eles falam assim “deixa eu te falar, eu sempre gosto de ter lá em casa uma dipirona, porque de vez em quando, já viu, né, a cabeça dói”, aí conta historinha, “você pode me entregar?”, “Posso”, aí eu entrego. Aí tem outros que chegam, já falam assim “olha, eu quero... Você pode me entregar um paracetamol? Minha cabeça tá doendo... Eu quero tomar agora. Ou eu tenho que consultar?”.* Eles sabem que não tem... Dependendo do horário que chega nunca tem consulta, vaga de consulta.

A enfermeira apresenta argumentos para este tipo de resposta: uma questão de equidade ou de justiça social em relação ao acesso aos medicamentos em um sistema público e universal; o fato de serem medicamentos que não necessitam de prescrição médica; bem como demandas apresentadas pelos usuários que aparentam ser apropriadas e carregarem algo de mais autonomia do que seria em procurar atendimento médico para cada um desses episódios sintomáticos. No entanto, como podemos ver na Nota 122, há sim, um reforço da medicalização por meio da medicamentação de sintomas comuns e frequentes, entre eles as dores “pelo corpo” e de estômago, por exemplo, quando não de “dores” mais complexas, como apresentado no caso relatado pela própria enfermeira no *Apêndice 5*: este “caso do paracetamol” nos permite perceber a complexa relação a que se interpõe um

¹²² Entregam, além de analgésicos, medicamentos como ranitidina, hidróxido de alumínio, ivermectina, cremes vaginais e fluconazol. Diz terem parado de dispensar desta mesma forma o xarope de guaco (um fitoterápico utilizado para tosse) após um paciente hipertenso ter comentado com a médica sobre na bula do xarope constar a possibilidade de crise hipertensiva: “porque antes era ‘Gripei? Guaco.’”.

medicamento como resposta a uma demanda em saúde medicalizada (que parece esconder a subjetividade e a realidade psicossocial¹²³) frente a uma relação transferencial ruim entre profissional e usuário, aos interesses do profissional e a aspectos organizacionais resumidos na “falta de tempo”.

Ainda no trecho anterior, evidencia-se que a prática clínica do tipo queixa-conduta no balcão é favorecida também pela restrição de acesso a consultas médicas. E porque não da restrição de acesso a consultas de enfermagem?

ENF. - *Antes eu podia prescrever.* [O COREN considerou ilegal a prescrição pelos enfermeiros, que utilizavam o próprio protocolo do COREN-GO, pelo fato do município não ter legislação municipal que regularize a prática] *O que eu não acho que é uma coisa boa, porque é uma mão-de-obra barata que você tá utilizando ali.* Não vejo vantagem nisso, *mas eu fazia muita consulta de enfermagem.* [Questionada se com a intervenção do conselho se sentiu desestimulada em realizar consultas] *Desestimulou, porque, assim... Era resolutivo.* Não que eu gostasse porque aumentava o meu trabalho. Mas assim, por exemplo, “ah, a médica não tá aqui”. *Aí, acaba que não deixa de acontecer, acontece, só que não é registrado. Entendeu? Porque antes era bonitinho... Fazia muito mais...* Era de praxe: assim que eu entrei no posto, era assim... Nunca tinha vaga, mas aí você vai passar pela enfermeira [Os usuários necessitavam de um encaminhamento da UBS para serem atendidos no Pronto-Atendimento, atualmente não precisam mais]. Aí naquela consulta eu decidia se ele tinha que ir pra UPA ou se ele... Se eu mesmo resolvia. [...]

Aqui percebemos dois momentos muito distintos da atuação clínica da enfermeira, diretamente relacionados às diretrizes – ou à falta destas – da gestão municipal. Na primeira situação, a enfermeira associa um trabalho clínico estruturado, planejado, “resolutivo”, que – em sua avaliação - parecia combinar boa qualidade com uma quantidade ajustada às necessidades: favorecido pela regulação do acesso direto da demanda espontânea aos serviços de urgência, bem como da utilização de protocolos de enfermagem. No segundo momento, o atual, continua havendo atendimento da demanda espontânea pela enfermeira, porém de forma irregular, não reconhecido (e até mesmo ilegal), além do que, em menor quantidade (ao que tudo

¹²³ “Uma proporção considerável das queixas que conduzem as pessoas à consulta em atenção primária pode estar associada a problemas do seu contexto familiar, bem como a situações de crise por acontecimentos vitais, a problemas conjugais, a conflitos interpessoais, a problemas com as condições de trabalho, etc. Pode ser a própria pessoa a ir à consulta ou utilizar um familiar próximo, frequentemente uma criança, para expressar o seu sofrimento. Em algumas situações a família toda recorre com frequência à consulta” (RAMOS & CARRAPIÇO, 2012, p. 143).

indica, oferta inferior à necessidade) e baseado em um cuidado reducionista, focado na demanda, sem tempo-espço para a transposição para a necessidade. Outro desdobramento do momento atual (em que não há mais protocolo de enfermagem, nem regulação do acesso direto à urgência), que também nos interessa em relação à medicalização, é a quebra da continuidade do cuidado pela UBS (os usuários vão direto para a UPA, pois sabem da restrição de acesso à UBS) e o favorecimento de uma atenção fragmentada e episódica, mais medicamentosa e intervencionista (tanto na UPA quanto na UBS). Também merece destaque o fato de a enfermeira associar o uso de protocolos como um estímulo à realização de consultas de enfermagem, principalmente por considerar que as consultas eram mais “resolutivas”: justifica esta resolutividade pelo fato de sua atuação tornar desnecessário o atendimento de muitos usuários pela médica da equipe ou na UPA.

ENF. - O foco da enfermagem não é medicação, né... O nosso foco é o cuidado, a gente acabava prescrevendo pra resolver, né? Você quer adiantar. E eu só prescrevia quando tava no protocolo, era aquilo e não tinha jeito de errar. Tava lá, certinho, na dosagem etc. [diz achar “até bom” não poder mais prescrever por não ver vantagens em desempenhar um trabalho que não é do seu núcleo profissional e receber remuneração menor que 1/3 dos profissionais médicos, porém acrescenta] Ao mesmo tempo... Não deixa de acontecer! [de dispensar medicamentos ou “prescrever” informalmente]

Em outro momento, demonstra que esta percepção de resolutividade pode estar associada mais à resposta às demandas dos usuários do que propriamente a uma necessidade: “Ele vem, ele quer sair com um pedido de exame... Ou então com um remédio. ‘Ou então para quê que eu vim? Eu vou sair com orientação?’ Orientação não tem valor...”. Quer dizer, na fala da enfermeira, o cuidado assistencial da enfermagem então tem pequeno valor de uso? De fato, em muitos momentos, o cuidado em saúde costuma exigir a realização de procedimentos e o emprego de alguns insumos, pois “senão haveria apenas autocuidado”, e isso não é só “hiperdimensionamento” da demanda, é também necessidade (embora esta seja menor no contexto da atenção primária do que nos outros níveis de atenção). Disso, surgem algumas perguntas importantes: será que com a autonomia e a ampliação das responsabilidades proporcionadas pelos protocolos de enfermagem, também tem sido estimulado o reforço de um cuidado ampliado, quer dizer, o cuidado “nuclear” da enfermagem? Ou só tem reforçado uma prática centrada em procedimentos biomédicos? Será que esta

responsabilidade técnica e legal de manejar tecnologias duras tem conferido, de forma paradoxal, um estímulo para que estes profissionais também façam o que é tradicionalmente do seu núcleo de formação e responsabilidades? A resposta a estas perguntas foge ao escopo deste trabalho, embora seja de grande importância estudá-las. O que nos interessa, aqui, é essa imbricação do cuidado-medicalização, que pode, por um lado, favorecer o polo da medicamentação e do excesso de intervenções (solicitação de exames, encaminhamentos) a depender de como esses protocolos são construídos e utilizados; e, por outro, que é um achado desta pesquisa, o foco nas tecnologias duras já ocorre e continuará ocorrendo independentemente dos protocolos, só que, ao que parece, alia-se a uma clínica ainda mais degradada por não ter condições – legais, organizacionais, técnicas – de se qualificar.

Ainda nestes dois últimos trechos do discurso da enfermeira, aparecem justificativas para a pobre incorporação de atividades clínicas – vinculadas ao manejo de tecnologias duras – associadas a desdobramentos da divisão social e técnica do trabalho: a baixa remuneração desproporcional ao volume de trabalho e às responsabilidades assumidas, a assimetria salarial em relação aos trabalhadores médicos, a incorporação de tarefas não reconhecidas como nucleares da profissão, a desvalorização do trabalho:

Temos observado que alguns trabalhadores não se sentem remunerados devidamente, não só em termos financeiros, mas de reconhecimento pelas ações realizadas. Em uma espécie de contrato não explícito esperam dos usuários alguma forma de pagamento e quando isto não ocorre consideram-nos como devedores (MATUMOTO et al, 2005, p. 18)

Observou-se, ainda, que há a tensão *coordenação x assistência*, com o favorecimento da primeira em detrimento da segunda, ganhos secundários, como a derivação de trabalho e imbróglis (“pepinos” como aparece na *categoria V*) para a médica, como no relato feito pela enfermeira e registrado no diário de campo:

Paciente chegou demandando consultas, equipe acha que ele não mora na área. Certa vez chegou no fim da tarde queixando de dor no olho para a enfermeira, a enfermeira que já conhecia o paciente, sempre mal-educado, destratava todos os profissionais, diz: “meu senhor eu não entendo nada disso, aqui meu trabalho é só burocrático, administrativo”.

Apesar de o núcleo de poder da enfermeira na ESF ser gerencial e de vigilância, parece haver, sim, o desejo de incorporar a clínica. Em muitos momentos, a enfermeira demonstrou certa insatisfação em realizar trabalhos de gerência de insumos, de estrutura física, de questões trabalhistas dos funcionários: “a parte administrativa toma tudo, a última coisa que eu farei é atender um paciente”. Destaca, ainda, as tensões *coletivo x individual, preventivo x curativo, vigilância x clínica*, que perpassa as suas atribuições, também influenciada pela hierarquização e gestão autoritária da instituição:

ENF. - A urgência [do coletivo, do trabalho administrativo] é muito maior se você for pensar no todo... Então o quê que é: *tem um paciente aqui, que tá precisando disso, ele precisa ser orientado, só que eu tenho que fechar meu relatório [de vacinas, que necessita de ser enviado no prazo para reposição regular destas] senão eu vou lesionar...* Sei lá, 500 crianças! Né... Aí você prefere fazer o relatório. *Que o paciente não vai brigar com você, mas seu chefe vai.*

Pondera estas tensões, dilemas presentes nas medidas preventivas de alto risco e populacionais: “Embora talvez se a gente priorizasse o indivíduo o resultado ia ser melhor com ele. Do que fazendo o geralzão. [...] ‘Vamos fazer uma campanha!’ [exemplo de “geralzão”, ação padronizada voltada para o coletivo]”.

Essa forma de atuação centrada nas necessidades e determinações das instituições e organizações onde prestam serviços em detrimento do cuidado ao usuário em sua singularidade, não tem assegurado uma assistência humanizada e solidária sustentada em um saber acumulado pela enfermagem. Além de vir comprometendo e subutilizando o seu núcleo específico e cuidador, diminuindo seu potencial criativo e instituinte de agir e ainda reforçando e contribuindo com a ampliação do modo hegemônico de organização do cuidado e de produção capitalista, sem uma reflexão crítica *a priori* sobre o seu fazer cotidiano (FERREIRA, ANDRADE, FRANCO, 2009, p.86).

Aborda ainda a dificuldade em promover a autonomia, “voltar a responsabilidade pra eles” (os usuários), e impactar na qualidade de vida da população, frente às restritas ofertas da equipe: “ou a gente faz uma campanha de prevenção, ou no dia-a-dia são consultas que não tem este caráter preventivo [...] São imediatistas”. Coloca em pauta as limitações da ESF que contribuem para a medicalização, principalmente relacionadas às categorias IV e V: “cultura institucional preventivista e higienista” e “prática profissional biomédica capturada pela cultura medicalizada”. Propõe em um primeiro momento, como medida de enfrentamento deste cenário, a restrição de acesso

a consultas médicas para barrar a medicalização e demonstrar que a saúde não está relacionada ao consumo de procedimentos, mas como aponta Campos (2002):

Sempre haverá recursos insuficientes em saúde, a demanda tende a ser infinita, a maioria não quer morrer ou sequer sofrer, e a medicina e o SUS prometem cuidado e atenção, nossa oferta estimula as pessoas a nos procurarem. A saúde transformou-se em um direito, algo deste direito é possível de ser precisado, outra parte é ambígua, e o direito à saúde é traduzido, na prática, pelo acesso a um exame complementar ou a um medicamento e nunca teremos tudo que as pessoas demandam ou que os profissionais consideram necessário. Por outro lado, sempre poderemos construir um projeto de intervenção que tenha algum efeito terapêutico. Entre o que nós imaginamos como sendo ideal – nem sempre o mais adequado – e nada, há uma infinidade de possibilidades de intervenção prática. Em nome do ideal, muitas vezes ficamos com o nada, o que é um absurdo.

Por fim, a enfermeira redesenha que este vislumbrar do “nada” como solução, da restrição de acesso, passa, no concreto, pelo “não ficar só com o médico”, isto é, pelo compartilhamento do cuidado por toda a equipe.

Quanto ao trabalho dos técnicos de enfermagem e sua relação com a medicalização, o discurso nos grupos de discussão nos permitiu aprofundar no pouco que foi apreendido durante a observação participante na recepção, bem como perceber outros aspectos: o não acolhimento das demandas, a não realização de escuta ativa, a redução de toda a relação com o usuário em uma equação de acesso ou não (a consultas e procedimentos) é, em si, medicalizante. Isto é, reforça o modelo biomédico para soluções de problemas em saúde e sofrimentos, bem como o modelo centrado no médico; achado que não nos faz desconsiderar toda a complexidade de modificar este padrão de respostas, como muito bem colocado pelas técnicas de enfermagem e a ASB na categoria V, em relação à dificuldade em acessar as necessidades frente a demandas padronizadas: “não adianta nem tentar entender [o que de fato necessitam os usuários], nem tentar explicar [o que eles não precisam diante do que solicitam]”. Por fim, apesar de não explorados nesta pesquisa os outros espaços de atuação dos técnicos – como sala de vacinas, curativos e triagem, supõe-se que a realização de procedimentos como a avaliação da pressão arterial e da glicemia capilar – em hipertensos, diabéticos e pessoas saudáveis – é um ponto sensível de medicalização, pois perpassado por estas e outras dimensões: concepções populares sobre estas variáveis fisiológicas, clinimetria, medo, autonomia, relação da técnica do profissional

com o resultado da variável avaliada (por exemplo, sobrediagnóstico de hipertensão por medidas inadequadas), etc. São lugares de produção de cuidado que precisam de ser estudados e que, mesmo sendo considerados “técnicos” e “padronizados”, não estão isentos da variabilidade humana e da complexidade biopsicossocial inerente a qualquer ato em saúde.

4.6.3 Agentes Comunitários de Saúde

Os achados, deste estudo de caso, acerca da medicalização no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde se devem principalmente ao discurso destes profissionais acerca de sua atuação apreendido no grupo de discussão com sete dos ACS (uma estava de licença-médica, a outra de folga) e entrevistas com quatro destes, bem como da observação de visitas domiciliares com os mesmos (vide *Quadro 1*). Como se pode ver no roteiro no *Apêndice 4*, o foco do grupo foi apreender mais sobre o trabalho do ACS de uma forma geral, e não se ater aos conceitos e expressões da medicalização como nos grupos de discussão com a equipe. A identificação da medicalização no trabalho destes atores ficou para o momento da análise de dados. Nas visitas domiciliares, a pesquisadora optou por não se identificar como médica para não influenciar o foco das visitas e as demandas dos usuários, que possivelmente poderiam se modificar de uma informação (demandas predominantes destes aos ACS) para a avaliação de uma queixa/sintoma (como é comum que ocorra até mesmo com estudantes do primeiro período de medicina). Entretanto, foram visitados pacientes do qual se havia observado consulta com a médica (e portanto conheciam a pesquisadora também como médica), bem como alguns pacientes perguntaram sobre a formação acadêmica, porém sem provável interferência na observação, visto que nestas ocasiões as visitas já estavam no final. Nos resultados apresentados a seguir, não se separa o que é fenômeno da medicalização, fatores contribuintes ou consequências, pois como já discutimos, em um sistema complexo, é bastante difícil isolar as causas dos efeitos. Optou-se, portanto, por separar em categorias a partir da ênfase dada durante a

discussão no grupo, sendo que os achados da observação participante são entremeados a essas.

Os ACS identificam como suas principais funções as de Orientar, Instruir, Informar, Acompanhar, com ênfase em: Uso de medicamentos prescritos, Adesão aos Programas de Saúde e às condutas preconizadas pelos Médicos, Adoção de hábitos saudáveis, Riscos de doenças e agravos, Não uso de medicamentos de forma autônoma, Funcionamento da UBS (especialmente acerca dos grupos), Levantamento de dados populacionais de interesse para a gestão.

Inicialmente, três categorias nos chamaram a atenção: *agentes de adesão ao tratamento e às práticas preventivas, de combate à automedicação e “fator de risco como certeza”*. Os temas de adesão medicamentosa, obediência às condutas médicas, aos programas e às normas para uma vida saudável foram os mais frequentes geralmente referentes ao tratamento de condições crônicas, como a hipertensão e o diabetes, e do acompanhamento de fases vitais, como puericultura e pré-natal. Para isso, os ACS, por vezes, lançam mão de estratégias motivacionais do tipo “apelo ao medo”, de controle, bem como orientações em saúde que veiculam e reforçam uma relação linear entre fatores de risco e agravos relacionados à mortalidade e à morbidade.

ACS 1 – Sempre nós tá acompanhando. Porque assim, tá em cima de criança, tá vendo se tá tendo vacinação. Tem mãe que acompanha direitinho. Tem mãe que se você não falar assim “e aí, vacinou seu filho?”, não vai vacinar. Você tem que tá ajudando... A gestante, das vacinas, fazer o teste da mamãe, fazer a tipagem sanguínea, tudo que pode fazer a diferença na hora de um parto, na hora da criação. É um teste do pezinho, você tem que lembrar... Principalmente aqui que tem muitas mãe que faz acompanhamento particular: a maioria dos médicos não incentiva nem vacinação, nem teste da mamãe... É tá acompanhando, o hipertenso “ah, hoje não tô bem”. “Ah, você tá tomando o remédio direitinho?”. “Não, num tô, mais esqueço do que lembro”. “Ah, tô”. Se não tiver muito nervoso, a pressão tá subindo, o remédio não tá valendo. Ah, “volta lá, a doutora troca pra você”.

PESQUISADORA - E quando não tá tomando? Se não tá tomando direitinho, o que vocês costumam fazer? E como é que vocês identificam isso também?

ACS 1 - Assim, tem muitas vezes que acontece da pessoa falar “Ah, eu tomo, mas hoje eu não tomei”. [...] *Um jeito prático é você tentar colocar assim: “Se você não tomar, você lembra que tem risco de ter um AVC, um derrame. Você pode morrer de repente, mas também pode ficar em cima da cama, pode ficar toda debilitada.”* [...]

ACS 2 – [...] E um outro... ele não toma os remédios direito não, porque ele fala que esses remédio aqui não vale nada. Aí direto temos que levar ele no hospital

porque ele é assim um pouco ignorante. Não toma medicação. E ele a gente fica um pouco preocupado, porque ele mora sozinho, vive trancado lá dentro e não aceita a gente falar. *Um dia ele ficou até contrariado comigo.* Tava eu fazendo mapeamento e visita e ele não tinha tomado remédio – o captopril dele é de oito em oito – e aí tem pro coração que ele nem toma porque diz que não tem mais problema de coração. *Aí ele colocou todos os remédios na mão e nós falamos que queria ver ele tomar. Ele não gostou muito não.*

ACS 5 – Acho que o papel do papel do agente de saúde é mostrar pro paciente a importância que tem de ele tomar medicação mesmo se a pressão tá normal, controlada, do que parar. Já aconteceu de chegar na casa de uma paciente que não tomava remédio a mais de mês. *Aí tem que tentar fazer ela entender que precisa tomar aquela medicação por isso e por isso. E se a pressão tiver boa, procurar um médico de seis em seis meses.* Acho que é isso. *A gente tentar colocar na cabeça das pessoas [...]*

Neste trecho, os ACS abordam aspectos do seu trabalho em relação à saúde materno-infantil, sobre os quais há evidências mais sólidas de efetividade, bem como em relação às doenças crônicas, sobre as quais (junto com doenças infecciosas e redução de iniquidades) evidências de nível baixo ou muito abaixo apontam benefícios (GIUGLIANI *et al*, 2011). A tais práticas estão vinculadas algumas estratégias de controle do comportamento que não apresentam limites claros entre benefícios e ineficácia, ganhos em autocuidado/autonomia e heteronomia, como, por exemplo, as estratégias de supervisão da medicação e as comportamentais que utilizam o medo para a mudança, que em geral tem resultado a curto prazo, de forma pontual, sendo normalmente desnecessárias e insuficientes (DIAS, 2009). Em que grau estas estratégias não reforçam a cultura heteronômica, a dependência e a aceitação de equivalência entre risco e doença? Em que tipo de danos pode resultar uma educação em saúde ansiogênica e promotora do medo, mesmo que seja em populações já adoecidas ou em risco, e não apenas saudáveis, o que em algum grau justificaria a intervenção heteronômica em saúde? Como os ACS compreendem e lidam com estes riscos no seu saber-prática?

ACS 6 - Eu tive uma experiência que me senti muito mal depois. Em uma das minhas visitas, eu fui na casa de um senhor, ele gostava muito que aferia a pressão dele, ele já tinha dado derrame. Eu aferia a pressão dele, a pressão dele alta, muito alta. “Tem muito tempo que o senhor toma este remedinho?”. “Ixi, tem muito tempo”. Eu disse: “Pode ser que esse remédio não tá fazendo o mesmo efeito que precisa”. Aí pegaram, a família colocou ele no carro e foi pro hospital. Chegando lá, ele deu uma fobia tão grande... Eu não sabia dessa parte... Deu uma fobia tão grande, mas tão grande, que a pressão dele caiu tanto que ele teve que ir pro balão. Me senti mal, de saber depois que isso aconteceu com ele, sabe? A minha intenção era alertar ele... [Se não tivesse alertado...] Ele não iria para o balão... Quase que ele morre!

Esse relato, ao que parece uma exceção, é emblemático e demonstra os possíveis danos das orientações em saúde. Na situação descrita, apesar das comorbidades, o senhor encontrava-se assintomático: a ocorrência de iatrogenias é provável (embora não seja possível concluir sobre), tais como vislumbradas na discussão do caso de dona Janete, atendida pelo Interno 1. Este caso, segundo a ACS 6, a fez repensar a forma de abordar, de orientar sobre as alterações da pressão arterial, ao que parece dividindo com os usuários - singularizando a abordagem - sobre os riscos e benefícios de tal avaliação: “Tem pessoas que eu não chego e falo: olha vim medir sua pressão! Digo: Você tem interesse de verificar a pressão?”. No mesmo sentido, acerca dos efeitos de tais orientações e avaliações, é necessário ponderar os impactos que podem ter uma tranquilização precoce por parte dos ACS sobre os desfechos intermediários dos tratamentos, como o bom controle do nível pressórico, em um cuidado desvinculado do acesso a outros necessários (como acompanhamento integral por médico e enfermeiro, acesso a exames, outros). Destaca-se que os ACS relataram as “medidas da pressão” no seu fazer como uma importante forma de cuidado, um cuidado mediado por um procedimento que nem sempre é necessário ou benéfico no contexto em que é empregado.

ACS 2 - Na minha área já aconteceu o caso de um que teve AVC devido a isso [A parar de usar o remédio porque a pressão tá boa]. Toda vez que eu olhava a pressão dele tava normal. E aí ele pensou que ele podia parar de tomar o remédio, só que ele não falava nada pra mim. Aí quando foi numa visita que eu fui, ele veio me perguntar o quê que tava acontecendo que ele disse que tava adormecendo o pé, tava inchando, diz ele que tinha sentido as mãos tudo dormente. Aí o quê aconteceu, eu perguntei, “tá tomando o remédio?”. “Não... Tem muito tempo que eu não tomo remédio da pressão”. “Mas por que o senhor parou? O médico falou pra você parar?”. “Não, parei porque tava boa, toda vez que olhava a pressão tava boa.”. “Pois é, o problema táí, você vai consultar amanhã”. Esse dia era véspera de uma reunião de hipertenso. [...]

Ainda sobre adesão, os ACS apresentam diversos relatos, como os que foram apresentados anteriormente, em que o usuários não aderem ao tratamento das “doenças sem enfermidade”, sendo a avaliação do uso de medicamentos uma tarefa importante no seu cotidiano. Quanto a isso, na fala da ACS 1 anteriormente e também observada nas visitas, é bem ilustrativa a expressão “tá tomando remédio direitinho?” como principal forma de avaliação do comportamento dos usuários:

Visita com ACS 7 – Usuária do SUS perguntou como estavam passando, a senhora falou sobre a diarreia da neta, de sua hipertensão, diabetes e dores na coluna. É obesa. No final a paciente perguntou se a ACS tinha aparelho de PA (esfigmomanômetro).

ACS 7 – [Aferiu. Paciente pergunta se está boa] Não...19x12.

M - Ah, eu não tô entendendo nada...

ACS 7 - [Dá uma risadinha] É, tá melhor que da outra vez, 20 por 12, e pior que ela não tá sentindo nada... *Continua tomando os remédios direitinho?* [Se dirige à senhora] *Fazendo a dieta sem sal?* [Não precisa nem registrar a resposta... A neta, criança de 6 anos, está obesa também e fazendo acompanhamento nutricional, ACS pergunta] *Tá seguindo direitinho?* [As orientações da nutricionista. Falou sobre os grupos, dia do peso, pediu o cartão de assinatura para registrar que realizou a visita]

Chama a atenção por esta expressão ter sido usada por mais de um ACS e sinalizar uma visão binária e reducionista do cuidado em saúde e dos comportamentos saudáveis. Como se pode ver na visita observada, há hábitos compartilhados pela família que demonstram que a obesidade e os outros agravos encontram causalidade mais complexa, bem como necessitam de intervenção que vá além do “certo ou errado” ou da mera adesão às práticas recomendadas pelos profissionais de saúde. A ampliação da abordagem estaria, em tese, garantida pela competência cultural dos ACS por compartilharem do mesmo referencial o que facilitaria o apoio às mudanças:

O objetivo de conduzir a população à adoção de “hábitos e estilos de vida saudáveis”, leva a uma total normatização da vida que passa a ser encarada a partir de bons e maus comportamentos, e de pessoas mais dóceis e obedientes que se distinguem de outras mais indisciplinadas e problemáticas [...] Curiosamente, uma parte importante do trabalho do ACS produz-se pelo fato dele pertencer a esse mesmo universo e, portanto, supostamente compreender *de dentro* esses conflitos.” (NUNES *et al*, 2002, p. 1643, grifo do autor)

Partindo desta citação, poderíamos dizer que *de dentro* também são os referenciais biomédicos em uma sociedade mórbida como a atual (ILLICH, 1975a). Quer dizer, observamos que o referencial utilizado pelo ACS é muito mais próximo de uma apropriação leiga e pouco crítica do conhecimento biomédico, do que de um conhecimento consolidado do saber popular, autônomo, que se apropria do melhor – do que tem potencial de vida, de produção de saúde e de autonomia para andar a vida - do saber científico. Ou melhor, o idealizado “saber popular” não é estático, fechado no conhecimento secular ou milenar, nem imune à cultura medicalizada, pelo contrário, ele reflete, de fato, o contexto sócio-histórico, econômico, político local. Em relação a isso, observou-se que os ACS atuam na promoção da adesão a medicamentos prescritos, independente de serem terapias (mais) consolidadas como os anti-hipertensivos na

HAS classe II e III, por exemplo, ou no uso de medicamentos que tem potencial dano, como os ansiolíticos em situações para os quais têm indicação questionável:

ACS 2 - A doutora passou rivotril para uma paciente da minha área, e ela foi me mostrar o rivotril. Não tinha tomado nenhum comprimido... Porque ela virou e falou assim: *“eu posso tomar?”*. Aí eu falei assim: *“Pode”*. E ela falou: *“não, é porque eu vi a bula...”*. Aí eu falei: *“se você ler bula de remédio, cê não toma nenhuma medicação, porque todas elas são uma droga, se você for ler você não vai tomar”*. Ela falou: *“é porque eu estou com dificuldade para dormir, por isso ela [a médica] passou.”* Então eu expliquei pra ela: *“Você pode tomar que você vai ter um sono tranquilo, descansar sua cabeça”*. *“Mas eu não vou ficar com a cabeça pesada, aquele trem pesado?”*. *“Vai não. Não porque isso aqui [o remédio] é pra você dormir um sono, relaxar, dormir bem, descansar bem”*. Aí ela concordou e falou: *“já que você que falou que eu posso usar, eu vou usar”*. Desse jeito ela falou pra mim. *Eles têm confiança na gente*. [Pergunto quantos anos tem a paciente e se ela já usava o medicamento] 62 anos. Não, mas ela tem um problema de zumbido no ouvido, até usa um aparelhinho pra ouvir melhor, a cabeça dela tem dificuldades constantes, e acho que ela ficou com medo de tomar porque quando tomou cinarizina ela piorou. Aí eu falei cinarizina é uma coisa, rivotril é outra. *“Então se você falou eu vou tomar”*. [Conta outra situação em que a própria ACS encaminhou uma usuária para a médica para usar o mesmo antidepressivo que esta havia usado e tinha melhorado muito. Segundo a ACS a médica prescreveu o mesmo pela “fé” que a paciente estava no remédio que a ACS tinha usado, visto que também tinha depressão].

Não se está, aqui, propondo que os ACS trabalhem em uma linha diferente da adotada pela equipe, ou que faça frente a condutas médicas: o que se quer chamar a atenção é que o saber leigo é cooptado pelo saber biomédico, fato que pode sofrer efeito sinérgico com o trabalho dos ACS. Observa-se que com a promoção da adesão ao uso de medicamentos prescritos, pode-se reforçar a medicamentação e a iatrogenia, que só é percebida como associada à automedicação.

ACS 2 – A gente não pode deixar ninguém...

ACS 2 – ...tomar remédio sem receita! Eu mesmo, eu falo, né, o que faz bem pra mim, não vai fazer bem pra você! Às vezes você pode achar que tá com o mesmo problema meu porque – igual a gente fez capacitação – doença às vezes são duas doenças com os mesmos sintomas. Então não significa que eu senti os mesmos sintomas que você sentiu, e eu fui medicada com aquele remédio, que você pode tomar

ACS 1 – [...] Se for um remédio assim, para uma dor na coluna, uma dor de cabeça, pra um dor de garganta, uma coisa assim... É a coisa mais fácil você escutar um falando que tomou e o outro tomar! E já o outro, que quer resistir, porque não quer tomar aquele medicamento! [...] É várias situações...é muito diferente!

Utilizam o argumento da singularidade para combater a automedicação, ora defendendo a singularidade da terapêutica, ora do diagnóstico. No entanto, umas das

características da biomedicina é a *monotonia terapêutica*, a padronização desta (TESSER, 1999). Esse discurso, muitas vezes incoerente, é o discurso do saber médico oficial. Supostamente em defesa da singularidade, afirmam não orientar o uso autônomo de medicamentos: “tudo o que eles falam pra gente, a gente orienta a procurar o posto”.

[...] a atenção em saúde, em vez de ampliar e promover a autonomia do doente, para que este possa menos necessitar de novas ações heterônomas, destrói a autonomia reivindicando submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral (TESSER, 1999, p.42)

Ainda sobre o autocuidado e o autotratamento, negaram orientar sobre fitoterapia popular, por exemplo, com a exceção de uma ACS:

ACS 2 – Eu fazia isso, mas já foi chamada muito a atenção porque eu fazia isso. Eu falava para beber chá... [Pergunto por quem e por quê] Pela equipe de trabalho mesmo, porque às vezes falava que eu tava diagnosticando ou medicando a pessoa, mas não é! Mandava fazer chá de erva-cidreira, funcho – para tirar cólica, noz-moscada – igual a pessoa tá com gases, um chá de alecrim é muito bom... Porque foi a maneira que eu fui criada, né, pela minha avó... Aí assim, parece que eles não concordam, tem gente que não concorda muito. Mas eu falo: “gente, se não fizer bem, mal não faz...”.

Foi observado que muitas orientações fornecidas pelos ACS¹²⁴ são decorrentes de suas experiências pessoais e familiares, numa relação complexa do saber popular com o saber médico oficial - adquirido pelo contato com os serviços médicos e hospitalares, especialmente com especialistas da rede privada - prevalecendo, de forma nítida, o segundo sobre o primeiro.

Visita com a ACS 2 - Idosa com AVC hemorrágico prévio, HAS classe III, conta que a pressão estava 22x14 e tomou por conta própria 2 comprimidos de hidroclorotiazida e 2 de Losartan (anti-hipertensivos). *ACS orienta, de imediato, para esta não tomar 2 comprimidos de hidroclorotiazida de uma vez.*

M – Queria que tivesse jeito, mas não tem...

ACS 2 – *Quando a pressão fica assim o mais indicado é o cardiologista* [Sugere que a paciente deve ir ao Posto para pegar encaminhamento para o cardiologista].

Usuária queixando de lombalgia, tomou injeção de betametasona por conta própria: foi na farmácia, não queriam fazer, ela pressionou dizendo que iria em outra farmácia se não fizessem. Estava em uso de Meloxicam prescrito por ortopedista. *ACS o tempo todo usa seus exemplos de contato com os*

¹²⁴ De forma emblemática pela ACS 2, que tem formação técnica em enfermagem e parece não representar o grupo todo com suas concepções e práticas.

especialistas do ramo privado. Não fez quaisquer orientações não farmacológicas, sobre cuidados, hábitos, etc. Não aferiu a pressão arterial e não orientou sobre o efeito dos anti-inflamatórios sobre a pressão arterial. Ficou cerca de uma hora nesta casa, uma típica visita social.

[No grupo, a ACS 2 remete ao exemplo desta visita para falar sobre adesão medicamentosa e automedicação]

ACS 2 - Você viu aquela visita que você fez comigo? Que ela não estava bem aí ela disse que de madrugada passou muito mal, ela disse que se automedicou, tomou duas hidroclorotiazida e duas losartana, você viu aquilo! Eu falei “dona Julieta, não pode”. “Ah, mas eu tinha que melhorar, eu tava passando mal demais”. Mas a questão da dona Julieta é outra coisa, ela não é muito de tomar o remédio. Porque ela foi medicada, não foi nem pelo nosso posto [...] Ela foi em outro médico...aí tinha passado uma amitriptilina [antidepressivo] pra ela. Aí ela tomou um comprimido e dizendo ela que o amitriptilina quase matou ela. E não era! Falei pra ela que não tinha nada a ver, falei “dona Julieta, eu tomo ele, ele é ótimo”. [Discordância de vários outros ACS e muito burburinho: “Por que você toma ele, faz bem pra ela?”] Não, porque ela não queria tomar! É a mentira dela: ela disse que tomou e quase morreu! [...] E quando ela passa...igual ela passou mal e falou pra gente lá, ela faz aquele exagero! Ela vai e toma 2 losartana de 50mg e duas hidroclorotiazida. *Quer dizer, ela tomou um excesso de medicação. Ela mesma se medicou com um excesso.*

Neste relato, pode-se perceber as incongruências em relação ao uso autônomo e heterônomo da medicação, somados à exortação à obediência às condutas médicas, reforçadas pelas experiências pessoais da ACS (confiança nos medicamentos com os quais têm experiência pessoal ou familiar). Por outro lado, é preciso reconhecer as limitações de conhecimento e legitimidade do saber-prática dos ACS para que consigam fazer uma releitura de sua atuação, uma mudança de práticas. Tarefa difícil diante dos poderes instituídos, papéis construídos, e em permanente disputa.

Visita com ACS 7 – Usuária da rede privada, situação educacional e financeira melhor.

Explicação bastante cooptada pelo contato com médicos da rede privada, ACS não consegue entrar (ter legitimidade) nas orientações, explicações sobre saúde-doença: conta do sofrimento com uma lombociatalgia, de que fez crise hipertensiva com os medicamentos prescritos pelo ortopedista e o cardiologista disse que não poderia usar nada (nem opióide e analgésicos comuns) pois tudo subia a pressão, todas as vezes que a ACS tentava comentar algum passo da saga da lombociatalgia, a mulher interrompia, cortava dizendo “Não...” e continuava dando uma outra explicação obtida a partir da sua vivência com os cuidados biomédicos privados.

Em um certo momento, a senhora perguntou de que área eu era, havia me apresentado apenas como pesquisadora: “Gosto de médico e dentista novos... Os velhos acham que a experiência deles é maior que a dos outros... Até padre eu prefiro os novos! [...] Meu marido disse que não quer ir no médico porque vão inventar doença para ele, eu digo ‘não existe inventar doença, existe encontrar doença...’” (Pior é que existe, a *disease mongering* tá aí...). A mulher já fez terapia de reposição hormonal e está bem preocupada em usar remédio

para fortalecer os ossos, embora aparentemente não ser do grupo de risco (tem um certo sobrepeso). Conta do adoecimento recente da neta, que levava-a até 2 vezes por dia no hospital, perguntei por qual motivo: “Febre, né... Falaram que não era garganta, que não era nada, raio-x normal, tudo normal...” [Essa comunicação de tudo normal com persistência da febre parece ter feito a mulher ficar ainda mais preocupada e decidido a levar a neta no pronto-socorro sempre que tinha febre. Pensei sobre o papel dos placebos apenas para acalmar mães e avós...].

Como observado nesta visita, outros ACS demonstraram dificuldades em fazer ofertas de autocuidado, informações, algumas vezes por conhecimento insuficiente, outras vezes por falta de legitimidade – principalmente frente a usuários com melhor nível socioeconômico e educacional - como ilustrado nas quatro situações a seguir com a ACS 1.

(1) Visita a uma idosa *usando omeprazol há 5 anos*, por conta própria. Iniciou por uma dor epigástrica que teve, utilizou o medicamento que o filho havia usado, melhorou e continua usando (consultou no pronto-atendimento para pegar receita e continua conseguindo receitas por amizades com profissionais da saúde). ACS não aborda o uso crônico, nem estratégias não-medicamentosas.

PESQUISADORA - Por que continua usando?

Idosa - *Pra ela não voltar... Não sei pra onde ela foi!* [Havia explicado a dor que sentiu como algo estranho ao seu corpo que primeiro entrou pela boca foi descendo até parar no estômago, aí vomitou, vomitou, e depois “a dor foi subindo assim” – demonstrou o trajeto - e sumiu]

Idosa apresenta explicações mágico-religiosas sobre a saúde, apresenta um problema ocular de longa data, porém não deseja mais acompanhamento médico: “Mexeu [o oftalmologista] nos meus olhos, falou ‘a senhora tá beleza!’, e eu continuo sentindo as mesmas coisas”. Interessante, ainda, o seu relato de que estava com medo de estar com alguma “coisa ruim” pelo fato da médica da equipe demonstrar cuidado, pedindo que a filha fosse no posto de saúde [para explicar sobre medicações].

ACS 1 – [Comenta após a visita] Tenho dificuldade com os remédios. Escutei que não podia usar sempre o omeprazol, não sei... *Tem muita gente que usa!*

(2) ACS 1 - *Quem trata no particular, se o médico fala alguma coisa, a gente não tem muita credibilidade* [Conta de uma gestante que atrasou a vacina contra o tétano pelo médico não ter orientado, mesmo com a ACS orientando, assim como não queria fazer o teste da mamãe na UBS] Os médicos particulares têm que ter mais consciência! Quem trata no particular, você fala... Meio que descredibiliza o que você fala...

(3) Conta ainda da visita a casa de um médico, cuja esposa rejeitou a visita: “*Se tiver que morrer, já morreu, se tá doente, já sarou*”. ACS argumentou a importância do seu trabalho: “*Porque tem dado que é estatística... A gente tem que saber, às vezes tem muita rubéola, muita catapora... Se tá dando diarreia, pode ser um caso de problema na rede de esgoto!*”.

(4) Outra situação em visita a uma gestante, da qual precisava coletar algumas informações para cadastro:

Gestante - *Pra quê esse tanto de pergunta? Precisa disso não, precisa?*

A situação (1) é interessante por demonstrar: a insuficiência de saberes necessários pelos ACS - diante da alta prevalência deste tipo de adoecimento e de terapêutica – pode favorecer a iatrogenia clínica por omissão de uma orientação adequada; os desdobramentos em que a complexa interação entre uma concepção mágico-religiosa sobre a saúde e as soluções biomédicas podem resultar, como no caso, a cronificação de um tratamento desnecessário e potencialmente danoso; a iatrogenia simbólica causada por um cuidado da profissional médica. As outras três situações demonstram tensões entre o público e privado, entre clínica e vigilância, entre o coletivo e o individual: no questionamento da legitimidade do trabalho do ACS transparece o valor de uso da clínica, do cuidado individual, a “agenda do usuário”, questionando a validade e a necessidade da “agenda da gestão” ou ainda do coletivo. É notável que o treinamento dos ACS, seu objeto de investimento, é voltado para a prevenção e para a vigilância, o que fica claro também na angústia dos ACS, particularmente nas falas da ACS 1 na *categoria IV*, frente aos limites destas. Sabem orientar sobre alguns problemas mais prevalentes, especialmente sobre as “doenças programáticas”, porém colaboram de forma muito marginal no autocuidado e manejo autônomo dos problemas e adoecimentos mais comuns. Conforme relatado, “se alguém está sentindo alguma coisa” sempre encaminham para o Centro de Saúde e orientam a procurar um(a) médico(a).

A produção do cuidado pelo ACS aos hipertensos revela que os saberes e práticas que norteiam o seu fazer está centrado na vigilância à saúde mediante as ações de controle de risco a certos agravos e pelas ações programáticas a grupos específicos como hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, desenvolvendo, sobretudo, ações de prevenção, controle e de proteção à saúde, tendo como instrumento a epidemiologia. Apesar dele desenvolver suas atividades centradas nas tecnologias leves, fazer uso de sua criatividade, ser solidário e acolher o outro, suas ações permanecem centradas no corpo biológico e no modelo médico assistencial privatista e modelo sanitaria [...]
(ALMEIDA & FERREIRA, 2009, p.111).

¹²⁵ Esse diálogo, bem como o contexto da discussão, remete a um trocadilho de que os ACS precisam de deixar de ser “Agentes Contadores de Saúde” para se tornar “Agentes Cuidadores de Saúde”. Créditos a estes termos devem ser dados ao MFC Paulo Poli Neto em discussão na lista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Apesar de o objeto de investimento não ser o cuidado, a clínica – sim, os ACS “fazem clínica”, parece existir um desejo entre os ACS de se inteirarem, de somar a este cuidado que geralmente permanece como núcleo de saber-poder, e de práticas, do médico. Na fala da ACS 7 sobre seu papel, além de levar e trazer informações: “A gente não pode fazer muita coisa, se a pessoa passa mal, queixa de alguma coisa, a gente não pode providenciar um exame para sair mais rápido, uma consulta pro mesmo dia [...] A gente não tem muito o que fazer mesmo”. No grupo eles demonstraram insatisfação, mesmo frustração, por não poderem intermediar (“agilizar”) alguns tratamentos, exames, consultas, que necessitam de autorização da secretaria municipal de saúde. Neste sentido, Almeida & Ferreira (2009, p.119) apontam que “[...] apesar de não utilizarem do arsenal instrumental e da maquinaria, os ACS têm o seu imaginário de cuidado em saúde muito centrado nessas tecnologias”. Estes profissionais disseram, no grupo, se sentir gratificados quando contribuem com o tratamento de alguma doença mais grave: a aceitabilidade e o reconhecimento do seu trabalho frente à população parece passar pela legitimidade e a resolutividade do cuidado clínico na UBS e no SUS, bem como da racionalidade biomédica. Estes achados parecem consoantes com os encontrados por Almeida & Ferreira (2009, p.112):

[...] o que dificulta também [a produção do cuidado dos ACS junto aos hipertensos] é o baixo número de consultas especializadas em cardiologia, pequeno número de exames especializados disponíveis, falta de acompanhamento do profissional de educação física para auxiliar na realização dos exercícios físicos e a falta de medicação anti-hipertensiva na unidade. Todos esses problemas têm feito com o que o agente considere que acaba perdendo a credibilidade com a comunidade.

Por que é importante este reconhecimento da influência do modelo biomédico sobre o saber-poder, e os interesses e desejos, dos ACS? Por um lado, porque demonstra um campo de necessidades sociais, e demandas, que precisam de resposta, para as quais os ACS podem contribuir; e, por outro, nos ajuda a compreender suas práticas e o porquê da dificuldade em promover um cuidado mais autônomo e menos reducionista:

Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Essa posição particular nos fez formular a

hipótese de que o caráter híbrido e polifônico desse ator, o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação (NUNES *et al*, 2002, p. 1640).

De fato, a relação de proximidade com a comunidade pode contribuir para a produção de cuidado, visto que este profissional observa e compartilha situações que os outros profissionais da equipe não compartilham, como sofrimentos em relação à criação dos filhos, formas de violência doméstica, problemas da comunidade, entre outros. No entanto, como abordado, o papel destes foi construído sobre o saber e atribuições da vigilância em saúde, o que se reflete na sua formação, não havendo preparo técnico para apoiar a resolução de problemas da dinâmica familiar, crises dos ciclos vitais, problemas psicossociais, sendo acionado o senso comum nas diversas situações que lhe são colocadas no cotidiano. Dizem ser muito solicitados acerca de “coisas particulares que não tem nada a ver”, ou ainda “coisas psicológicas”, realizando de forma artesanal “um pouco de cada trabalho” dos outros profissionais – especialmente, psicólogo, enfermeiro e médico (como os próprios disseram) – e muitas vezes sendo considerados como membro da família.

ACS 1 - Outro dia eu passei na casa da vizinha, a pressão tava alta mesmo era verdade, mas tava brigando com o marido! Me chamou no meio da briga com o marido. [ACS 4 – Você foi?] Uai, eu lá sabia que eles tavam brigando? Cheguei lá eles tavam brigando! Não, e isso era nove e meia da noite! E aí...“E agora, o quê que eu faço?”. “Uai, toma o remédio que você tinha que ter tomado primeiro, né? E vê se consegue ficar mais calma, eu sei que tá meio complicado, mas cê calma, que daqui a pouco você que vai e ele fica!”. É complicado... Primeiro, um dia antes ela tinha me chamado, aí pelo jeito a pressão dela já tinha estabilizado. Aí quando é no outro dia, nove e meia da noite, eu chego no meio da briga! “Aqui procê ver, ele me bateu, fez isso, fez aquilo, fez aquilo outro!”. Aí o quê que eu faço... Olhei a pressão neste dia e ela tava alta mesmo. “O quê que eu faço?”. “Toma o remédio!”. “Uai, é melhor tomar o remédio, porque.. O caso tá sério, ué!”. Aí assim, você fica numa saia justa que você não sabe o quê que você faz! “Vou embora que minha filha tá me chorando pra dormir”, assim que eu falei!

Esta complexidade com que lidam os profissionais da saúde, particularmente os ACS, devido a esse grau de proximidade com a comunidade, torna-os pedra angular da promoção de vida, de autonomia, ou de reforço de um cuidado reducionista e centrado no biológico, para o qual colaboram sua formação (ou a ausência de) e as diretrizes e objetivos das políticas de saúde:

Se não há a definição de uma metodologia que combine “ofertas técnicas” com “demandas/necessidades” dos usuários dos serviços, pode-se reforçar um modo de atendimento baseado em conceitos biomédicos tradicionais e na medicalização do sofrimento. Os ACS em sua prática acabam se defrontando e escancarando mazelas sociais, que dependeriam da construção de políticas e de estratégias de intervenção mais amplas que o limite das práticas de saúde. Ou mesmo, defrontam-se com problemas de saúde pública intrinsecamente relacionados com questões sociais, como a violência, para citar um exemplo, que exigem intervenções intersetoriais ou mesmo com outros referenciais dentro do campo da saúde, que não somente o biologicista ou pautado no surgimento de doenças e patologias (FURLAN, 2010, pp.375-376).

Por fim, a despeito das evidências de efetividade do trabalho dos ACS - que não são muito consolidadas como demonstrado por Giugliani *et al* (2011) - pudemos perceber, neste estudo, o ACS como legitimador, sujeito e aparato institucional da adesão ao modelo biomédico, bem como agentes de promoção da heteronomia, e não de autonomia. A sua atuação estaria favorecendo mais um “controle do social” do que a produção de saúde? Apenas contribui para o “governo da vida dos pobres” ou de fato tem valor de uso, independentemente do contexto socioeconômico e cultural e das necessidades locais de saúde? É preciso avaliar estas questões de forma aprofundada e criteriosa, a fim de que haja mais elementos que suportem a tomada de decisão política em prol da saúde e qualidade de vida dos indivíduos e populações.

É possível que, neste momento, após abordar algo da complexidade do fenômeno da Medicalização, particularmente na Estratégia de Saúde da Família, possa parecer – a despeito de toda a variedade de situações abordadas - que não há ganhos em se estudar a medicalização, já que ela está profundamente intrincada no fazer em saúde, e seus danos são indissociáveis do cuidado em saúde. Para alguns, é possível que a reflexão sobre o tema encontre barreira na generalização: afinal, se “tudo tem a ver com tudo”, e a medicalização está em todas as partes, de que adianta estudá-la no campo da saúde e não apenas no da filosofia? Quais as contribuições que traz para o olhar, o saber e o fazer em saúde?

Primeiramente, precisamos escapar das generalizações. Como demonstramos, de fato, os múltiplos significados da Medicalização perpassam diferentes cenários, processos e envolvem diversos atores sociais. É importante conhecê-los para compor uma imagem do Universal e reconhecermos que este processo está intrincado com a nossa forma de organizar a vida em sociedade. A medicalização na ESF não pode ser analisada e conhecida de forma profunda, e mais próxima do real, se tomada apenas sob uma perspectiva funcionalista, em que há a aposta de que as relações intraequipe, o modo de organização do trabalho e a interação do binômio profissional-usuário, em um sistema fechado, pudessem dar conta deste fenômeno. O fenômeno de medicalização na ESF é tão variável como são as dinâmicas sociais, econômicas, políticas, culturais de cada contexto em que se insere. A ESF, como uma organização

estatal, reflete as relações de poder, dominação e clientelismo presentes na organização política e econômica local, não de forma linear, mas atravessada por forças de resistência (ou mesmo sinérgicas) por parte dos próprios profissionais e usuários. Os profissionais e usuários não estão isolados deste meio, mas vivem e se constituem – enquanto sujeitos com interesses e desejos - naquele contexto, da mesma forma que a ESF, que está inserida nesta realidade, mas é parte de um sistema de saúde com diretrizes estabelecidas, de uma rede de atenção à saúde que tem construído um modo de operar, com atravessamentos de toda ordem.

Dito isso, podemos arriscar algumas generalizações, a principal, que está bem descrita na literatura e também pudemos observar no campo, é a influência do modelo Biomédico sobre este processo social e global da Medicalização. Tomamos a biomedicina como fator primordial na determinação deste processo para além do reconhecimento de suas limitações epistemológicas, da ciência positivista que a suporta, bem como das tecnologias que opera (diagnóstico e categorização de doenças, uso de medicamentos industrializados, exames, procedimentos). Partimos, sim, das insuficiências decorrentes do arcabouço explicativo do processo saúde-doença, mas nos importa os desdobramentos que delas decorrem e os processos em que interfere: desde a forma de profissional-usuário se relacionarem, aos desencontros entre as representações destes, à dificuldade do profissional de lidar com a complexidade frente a um saber (e um instrumental) reducionista, à não valorização da relação profissional-usuário como ato terapêutico, à não atenção aos afetos e à comunicação no encontro clínico, a missão e diretrizes do sistema de saúde, ao valor que se dá ao saber-prática fragmentado e especializado, ao favorecimento de práticas hospitalares e dependentes de tecnologias duras, ao baixo investimento na Atenção Primária à Saúde que limita sua efetividade, à determinação sócio-histórico-econômica de uma cultura do medo, da heteronomia, do consumo em saúde, dentre diversos outros resultantes.

Outro aspecto acerca do tema é a dimensão do “controle do social”, das práticas de biopoder que são viabilizadas no cotidiano dos serviços. Na atualidade, elas não são muito fáceis de perceber, pois foram internalizadas pelos cidadãos e não decorrem de

um poder centralizado no Estado. Estão, de fato, disfarçadas em um discurso de cidadania, direitos (humanos, do cidadão e de consumo), saúde, qualidade de vida e mesmo de autonomia, por mais paradoxal que possa parecer. São também mediadas por tecnologias de saúde – exames, adesão ao acompanhamento pelos serviços de saúde, programas de rastreamento, prevenção – e não apenas pelo apelo moralizante à mudança comportamental, à disciplina dos hábitos saudáveis. Apesar de estar menos perceptível, o controle viabilizado pela instituição saúde ainda mantém o risco e o seu alto potencial de danos, ao reduzir questões macroestruturais, da organização da sociedade, a uma equação de estar ou não doente, de apresentar riscos ou ser vulnerável em saúde.

No capítulo 2, encerramos a seção *De que medicalização falamos?* com a enumeração de três elementos que parecem centrais e perpassar – em graus variáveis - todas as nuances de medicalização que elencamos: heteronomia, reducionismo biológico e cientificização da experiência humana. Esses elementos se apresentam intrincados com a biomedicina e o controle, determinando e sendo determinados. Um aspecto muito importante - que decorre da cientificização da experiência humana - é a criação e uso de “abstrações universalizantes”, visto que a ciência se propõe a elaborar verdades incontestes e universais, como outrora estava a religião autorizada a fazê-lo. Essa universalização, categorização de aspectos da vida humana, não é exclusividade da biomedicina, mas está presente em outras disciplinas da ciência ocidental, bem como em outras racionalidades médicas, assentadas em outros paradigmas. Apesar de necessária para o avanço do conhecimento do mundo - que também necessita de um saber estruturado e não apenas intuitivo e metafísico – e da “operacionalização de conveniências” para o planejamento de intervenções; se absolutizadas, as universalizações passam a ser danosas, iatrogênicas, por deixarem de perceber, de reconhecer, o Singular, produzido a partir da dialética entre o Universal e o Particular.

Estes elementos e fatores estão presentes nas práticas das equipes de saúde da família, produzindo-as e sendo reproduzidos por estas. Abordamos aspectos da medicalização no processo de trabalho de uma equipe, bem como discutimos algumas particularidades de cada núcleo profissional, determinadas pelas diferentes atribuições

destes na ESF, pelas características dos serviços locais, pelo objeto de investimento dos profissionais, sinalizando ainda para a singularidade do encontro profissional-usuário e ainda do profissional enquanto sujeito investido de interesses, desejos, visões de mundo. É importante destacar os achados do estudo que remetem à produção institucional da medicalização, ou ainda *iatrogenia institucional*, visto que observou-se que as políticas, programas, estratégias e campanhas de saúde pública criam um arcabouço que predispõe, ou mesmo induz, ao desenvolvimento de práticas medicalizantes no encontro profissional-usuário, no cotidiano do serviços.

Um ponto importante e que faz a medicalização ser transversal entre as diferentes práticas profissionais (além do arcabouço biomédico, a universalização de fenômenos complexos, etc.) é tomar os meios de trabalho como fins em saúde, quer dizer, tomar os instrumentos/ferramentas/protocolos/procedimentos como objeto da prática de saúde, destituindo as Pessoas, Sujeitos, deste lugar; bem como tomar por resultados, os processos e as ações intermediárias (metas, número de exames, consultas, medicamentos), e não a produção de saúde e qualidade de vida, de fato. Isto é, os profissionais de saúde medicalizam, no cotidiano, ao reforçar a equivalência, já difundida na sociedade, entre produtos/insumos/práticas de saúde e necessidades sociais em saúde e bem-estar. Esta falsa equivalência tem sido incorporada não apenas pela gestão e os profissionais, mas também pelos usuários, que julgam seus níveis de saúde pela quantidade de acesso a exames, medicamentos, consultas – dos quais sabemos serem em grande parte desnecessários e mesmo danosos.

É importante enfatizar, mais uma vez, que todas as intervenções em saúde, sejam práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, atividades curativas e mesmo de reabilitação, podem causar danos e dependência, dependendo de como lidam com os *meios* e do que, ou quem, colocam como objetos de sua práticas, se os sujeitos ou coletivo singular formados ou qualquer bem ou prática. Isto é, importam os princípios (e diretrizes), porém também importam os meios e os fins das práticas em saúde. Importa também que se compartilhe as decisões com os cidadãos de forma individual, no encontro clínico, mas também nas organizações, nos coletivos, sempre prezando pelos princípios éticos de beneficência, não-maleficência, da coprodução de

autonomia e da justiça social, bem como da ética do cuidado, da democratização de poderes e de outras necessidades sociais.

Por fim, em termos práticos e à guisa de conclusão acerca do fenômeno da medicalização na ESF que conjuga aspectos epistemológicos, políticos, econômicos, culturais, sociais, organizacionais, subjetivos, entre outros, apontamos algumas reformulações importantes neste nível de atenção e que pode impactar no modo de coprodução de saúde e autonomia: ampla abertura dos serviços com rompimento das barreiras de acesso à atenção básica, aliada à superação da lógica de ação programática; ajuste do foco das práticas para centrar nas necessidades do sujeito e não permanecer restrita à superfície das demandas por consumo (equilibradas com autonomia e evidências de maior benefício do que de dano); adoção do paradigma da integralidade e do modelo biopsicossocial; desenvolvimento de ações intersetoriais caminhando junto e “não dentro” do serviço de saúde (o que fortalece a lógica medicalizadora ao incorporar “questões sociais” como problemas de saúde de forma isolada, sem resposta às suas causas de fato); diálogo com outros saberes - “científicos” ou não - no cuidado em saúde, particularmente os dos indivíduos, famílias e comunidade onde estas práticas se inserem.

Entendemos, portanto, que o estudo do fenômeno da medicalização necessita de ser estudado a fundo, a fim de que possa dar subsídios para o enfrentamento deste - e das iatrogenias decorrentes dele - no mundo da vida, da prática e não apenas no plano das ideias. Como vimos, os profissionais de saúde, entre os quais eu me incluo enquanto pesquisadora e médica de família e comunidade, reconhecem as contradições e os limites do seu saber-fazer, porém não sabem que caminho tomar e que meios utilizar para lidar com este complexo cenário do adoecer e da saúde humanos no mundo contemporâneo. Esta necessidade – e vontade - de saber e de mudanças no fazer em saúde, abrem um amplo e ilimitado campo de pesquisas e desafios para o conhecimento:

Clinicians have a clear understanding that social and economic conditions are the cause of many health problems. They know that the answer to homelessness is housing, to hunger is food, and to illiteracy is education. They know that they cannot usually intervene, but they still consider these questions in the care of patients. In the same way, clinicians know that they cannot prevent

all health-related problems and that they should consider possible interventions carefully and with caution. *Clinicians need more help from researchers, free from conflicts of interest, to think how best to target interventions, share decisions with patients about possible benefits and harms, assess the possible effects on both individual and population health, and estimate the opportunity costs.* (GÉRVAS, STARFIELD, HEATH, 2008, p. 1998, grifo nosso).

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Como a Anvisa vê o uso off label de medicamentos.* Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm Acesso em 05/11/13.

ALMEIDA, J.F. & FERREIRA, V.S.C. *O Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Produção do Cuidado aos Hipertensos na Estratégia de Saúde da Família.* In: FRANCO, T.B., CRISTINA, S.T., FERREIRA, V.S.C. (org.). *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia de Saúde da Família.* São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 5. pp.103-122.

ANDERSON, M.I.P. & RODRIGUES, R.D. *Integralidade na Prática do Médico de Família e na Atenção Primária à Saúde.* In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.* Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 8. pp.72-83.

ANDRADE, C.T. & FRANCO, T.B. *O Trabalho de Equipes de Saúde da Família de Itabuna e Ilhéus, Bahia.* In: FRANCO, T.B., CRISTINA, S.T., FERREIRA, V.S.C. (org.). *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia de Saúde da Família.* São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 3. pp.61-78.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AZEVEDO, M. A. *Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica.* *Perspect. ciênc. inf.* Belo Horizonte, v.9 n.2, p. 122-133, jul./dez. 2004.

BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu. 1988.

BALINT, E. & NORELL, S. *Seis minutos para o paciente*. São Paulo: Monde, 1976.

BELL, S.E. & FIGERT, A.E. *Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward*. *Social Science & Medicine*. Vol. 75, p.775-783. 2012. Disponível em: <http://www.bowdoin.edu/faculty/s/sbell/pdf/bell-and-figert-medicalization-and-pharmaceuticalization-at-the-intersections-ssm-2012.pdf>
Acesso em 14/09/13.

BENTZEN, N., ed. *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Wonca International Classification Committee: Copenhagen, 2003. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf> Acesso em 26/12/13.

BERGSON, H. *Introdução à metafísica*. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores).

BONET, O. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 136p. (Coleção Antropologia & Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.*

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf Acesso em 20/12/13.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Números da saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em 20/11/11.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS*. Uso off label: erro ou necessidade? Rev Saúde Pública. v. 46, n. 2. p. 398-399. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CONITECARTIGOHELAINEECLARICE.pdf> Acesso em 05/11/13.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2ª. Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BROWN, J.B., WESTON, W.W., STEWART, M. O Primeiro Componente: Explorando a Doença e a Experiência da Doença. In: STEWART, M. *et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* / trad. Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap.3. pp.53-70.

BRUM, E. *Ser doutor é mais fácil do que se tornar médico: A resistência ao projeto que obrigará os estudantes de medicina a trabalhar dois anos no SUS expõe a fratura social do Brasil*. Disponível em: <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/eliane-brum/noticia/2013/07/ser-bdoutorb-e-mais-facil-do-que-se-tornar-bmedicob.html> Acesso em 10/12/13.

BRZOZOWSKI, F.S. & CAPONI, S.N.C. *Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos*. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO. V. 33, n.1, p. 208-221 2013.

BYNUM, B. *The McKeown thesis*. The Lancet. Vol. 371, n. 9613. P. 644-645. 2008. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60292-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60292-5/fulltext) Acesso em 15/12/13.

CAMARGO JR., K.R. *A Biomedicina*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.15(Suplemento), 2005. pp.177- 201.

_____. *As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 76, n. 1, 2007. pp. 63-76.

_____. *Medicalização, Farmacologização e Imperialismo Sanitário*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 29, n.5, p. 844-846, mai, 2013.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec. 2000.

_____. *A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. 1997. Disponível em: http://www.hc.ufmg.br/gids/textos_seminarios/clinica_do_sujeito.pdf Acesso em 02/11/13.

_____. *Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família*. 2002. Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-vinculo Acesso em 15/12/13.

_____. *Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009a. Cap. 2. pp.41-80.

_____. *Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n.81, pp.47-55, jan./abr. 2009b.

_____. *Efeito Paidéia e Humanização em Saúde: Cogestão e não Violência como Postura Existencial e Política*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS - Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Vol. 2. pp.129-142.

CAMPOS, R. T. O & CAMPOS, G. W. S. *Co-construção da autonomia: o sujeito em questão*. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. pp. 669-688. Disponível em <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/publicacoes/capitulos-de-livros.html> Acesso em 02/11/11.

CAMPOS, G.W.S. *et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família*. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2ª. Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. Cap. 5. pp. 132-153.

CAPONI, S. *Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health*. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Vol. IV, n. 2, pp. 287-307, Jul.-Oct. 1997.

CARDOSO, R.V. *Caracterização do uso de psicotrópicos em população adscrita à Estratégia de Saúde da Família no município de Pirapora – Minas Gerais* [monografia]/ orientador, Horácio Pereira de Faria. Belo Horizonte, MG, 2011.

CARVALHO, S.R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança* / Sérgio Resende Carvalho. – São Paulo : Hucitec, 2005. 183p.

CONRAD, P. *Medicalization and Social Control*. *Annual Review of Sociology*. Vol. 18, pp. 209-232. 1992.

_____. *The Shifting Engines of Medicalization*. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 46, pp. 3-14, march, 2005.

_____. *et al. Estimating the costs of medicalization*. Social Science & Medicine. v.70, pp.1943-1947, 2010.

CONRAD, P. & LEITER, V. Medicalization, Markets and Consumers. Journal of Health and Social Behavior. V.45 (Extra issue), pp.158-176. 2004.

CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2007.

_____. *Atenção Básica e o Desafio do SUS*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS - Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Vol. 2. pp.29-45.

DEMARZO, M.M.P. *et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina*. Revista Brasileira De Educação Médica. Vol. 36, n. 1, pp.143-148. 2012.

DIAS, R.B. *Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a Entrevista Motivacional*. In: PEREIRA, A.A (org.). Diretrizes para saúde mental em atenção básica. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. Cap.1. pp. 8-24.

FERRANTE, J. *Medicalization of Deviance*. In:_____. Seeing Sociology: An Introduction. 1.ed. Cengage. 2010. Disponível em: <https://www.inkling.com/read/seeing-sociology-joan-ferrante-1st/chapter-6/module-6-6> Acesso em 10/11/13.

FERREIRA, V.S.C., ANDRADE, C.S., FRANCO, T.B. *Cartografia do trabalho do enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia*. In: FRANCO, T.B., CRISTINA, S.T., FERREIRA, V.S.C. (org.). A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 4. pp.79-102.

FIGUEIREDO, M. D. & FURLAN, P. G. *O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia*. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (org.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª. Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. Cap. 6. pp. 154-178.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Verve. n.18, pp.167-194. 2010. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646> Acesso em 14/10/13.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FRANCO, T.B. & MERHY, E. *PSF: contradições e novos desafios*. Belo Horizonte/Campinas, 1999. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> Acesso em 20/11/11.

FURLAN, P.G. *O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos*. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2ª. Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. Cap. 16. pp. 368-387.

GARRAFA, V. *De uma “bioética de princípios” a uma “bioética interventiva” – crítica e socialmente comprometida*. Disponível em: http://www.fanut.ufg.br/uploads/128/original_BIOETICA_COMPROMISSO.pdf Acesso em 05/01/14.

GAUDENZI, P. & ORTEGA, F. *The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, pp.21-34, jan./mar. 2012.

GÉRVAS, J. *Cómo mantener la calidad de la atención médica ante pacientes exigentes y frente a una sociedad expectante?* 2012. Disponível em: <http://equipocesca.org/pt/como-mantener-la-calidad-de-la-atencion-medica-ante-pacientes-exigentes-y-frente-a-una-sociedad-expectante/> Acesso em 05/11/12.

GÉRVAS, J. & FERNÁNDEZ, M.P. *Como Construir uma Atenção Primária Forte no Brasil?* Resumo Técnico para Políticos, Gestores e Profissionais de Saúde com Responsabilidade em organização e docência do relatório de: *É Possível transformas o*

círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na Atenção Primária no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf Acesso em 15/01/14.

GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; HEATH, I. *Is clinical prevention better than cure?* Lancet. Vol. 372, Dec 6, 2008.

GIAMI, A. & PERREY, C. *Transformations in the Medicalization of Sex: HIV Prevention between Discipline and Bipolitics.* Journal of Sex Research. Vol. 49, n.4. 2012. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2012.665510#.UpAPqWTK8Vk>

GIUGLIANI, C. et al. *Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Revisão Sistemática.* 2011. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=96443> Acesso em 20/01/14.

GLASZIOU, P. et al. *Too much medicine; too little care - Time to wind back the harms of overdiagnosis and overtreatment.* British Medical Journal. Vol. 346, 2013. Disponível em <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4247.pdf%2Bhtml> Acesso em 25/08/13.

GOMES, J.C.M. *Erro médico: Reflexões.* Revista Bioética. Vol. 2. N.2. 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/459/342 Acesso em 23/10/13.

GUSSO, G. *Formas de Remuneração que guiam: para onde?. Texto do Seminário Internacional de Inovação em Atenção Primária (SIAP).* Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2012/12/SIAP-2013-macro-Gusso.pdf> Acesso em 03/04/13.

GUSSO, G. & POLI NETO, P. *Gestão da Clínica.* In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 19. pp.159-166.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOUAISS, A. & VILLAR, M.S. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ILLICH, I. *Medicalization and Primary Care*. Journal of the Royal College of General Practitioners, pp.463-470, ago.1982.

_____. *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975a.

_____. *Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort*. Journal of Medical Ethics, I, pp. 78-80. 1975b. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC1154459/pdf/jmedeth00176-0027.pdf> Acesso em 14/11/13.

JAMOULLE, M. *Prevenção quaternária: antes de mais nada, não prejudicar*. Texto para o 11o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Jun. 2011. Disponível em http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_po.pdf Acesso em 15/10/11.

_____. *Prevenção quaternária: a propósito de um desenho*. Rev Port Med Geral Fam. Vol. 28, pp. 398-9. 2012.

_____. *From Illich to Moynihan, medicine can be dangerous for your health*. In: JAMOULLE, M. et al. Quaternary Prevention, addressing the limits of medical practice. Wonca World Conference. Workshop. Prague, 2013. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf> Acesso em: 02/11/13.

JAMOULLE, M. & GUSSO, G. *Prevenção Quaternária: Primeiro não causar dano*. In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 24. pp.205-211.

JAMOULLE, M. & ROLAND, M. Quaternary prevention From Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013, Poster. In: *Wonca world conference Prague 2013*. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000435.pdf> Acesso em 02/11/13.

LEIBOVICI, L. & LIÈVRE, M. *Medicalisation: peering from inside medicine. Professionals and lay people should work together to a common purpose*. British Medical Journal. Vol.324, p. 866. 2002.

LOPES, J.M.C. *Consulta e abordagem centrada na pessoa*. In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 13. pp.113-123.

LUCASSEN, P. & VAN BOVEN, K. Sintoma como diagnóstico. In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 85. pp.764-769.

LUZ, M.T. Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html> Acesso em 11/11/13.

MARTIN, J. F. *Book Selection - The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* (2nd edition). World Health Forum. Vol. 2, n.3, p.441-447. 1981. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/whf/1981/vol2-no3/WHF_1981_2\(3\)_p441-447.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1981/vol2-no3/WHF_1981_2(3)_p441-447.pdf) Acesso em 15/12/13.

MARTINS, A. *Religiões e Tecnologias Médicas: soluções mágicas contemporâneas – uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott*. In: BARROS, J.A.C. et al. *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Anvisa, 2008. Cap. 3. pp. 87-109.

_____. *Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, Vol. 20, n. 4, pp.950-958, jul-ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/09.pdf> Acesso em 20/01/14.

MATUMOTO, S. *et al.* *Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.* Interface – Comunic., Saúde, Educ. Vol.9, n.16, pp.9-24, set.2004/fev.2005.

MCWHINNEY, I.R. *The importance of Being Different.* British Journal of General Practice, v. 46, pp. 433-436. 1996.

MCWHINNEY, I.R. & FREEMAN, T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MERHY, E.E. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões.* 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf> Acesso em 25/08/13.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez, 2003. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emers_on_merhy_tulio_franco.pdf Acesso em 14/08/13.

METZL, J.M. & HERZIG, R.M. *Medicalisation in the 21st century: Introduction.* Lancet. v. 369, pp. 697–98, fev.2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1996.

MOYNIHAN, R., HEATH, I., HENRY, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal. V. 324. April, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122833/> Acesso em 12/10/13.

MORAES, E.N., SANTOS, R.R., ROMANO-SILVA, M.A. Iatrogenia. In: MORAES, E.N. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap. 33. pp.443-456.

NOGUEIRA, M.A. *Em defesa da política*. São Paulo: Editora SENAC. 2001.

NOGUEIRA, R.P. *Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea*. In: VASCONCELOS, E.M (Org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões das redes de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.cap.2. pp.63-72.

_____. *A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich*. Interface - Comunic, Saúde, Educ. v.7, n.12, pp.185-90, fev. 2003a.

_____. *Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora*. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003b. pp.175-182.

NUNES, M.O. *et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 18, n.6, pp.1639-1646, nov-dez, 2002.

NYE, R.A. *The Evolution Of The Concept Of Medicalization In The Late Twentieth Century*. Journal Of History Of The Behavioral Sciences. Vol. 39, n.2, pp.115–129, Spring. 2003.

PENNA, M.M. *et al. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência*. Rev bioét. v. 20, n. 1, pp.78-86. 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/717/739
Acesso em 23/10/13.

PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. & GÉRVAS, J. *El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas*. Med Clin (Barc). Vol.118, n. 2, pp.65-7. 2002.

POLI NETO, P. & CAPONI, S. *Medicalização: revisitando definições e teorias*. In: TESSER, C.D. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. Cap. 1. pp.35-51.

POLI NETO, P. *A medicalização da beleza [dissertação]*. Orientadora, Sandra N. C. de Caponi. Florianópolis, SC, 2006.

_____. *Encontros no centro de saúde* [tese]: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social / Paulo Poli Neto; orientadora, Sandra N. C. de Caponi. Florianópolis, SC, 2011. 227 p.: il.

PUTTINI, R.F. & PEREIRA JR., A. *Além do mecanicismo e do vitalismo: a "normatividade da vida" em Georges Canguilhem*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.17, n.3, pp.451-464. 2007.

RAMOS, V. & CARRAPIÇO, E. *Pessoas que consultam frequentemente*. In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 17. pp.141-151.

RANGEL, M.N. *A "Nova Cronicidade" nos "Novos" Serviços de Atenção Psicossocial* [dissertação]; orientador, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

RODRIGUES, R.D. & ANDERSON, M.I.P. *Integralidade e Complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: Aspectos Teóricos*. In: GUSSO, G. & LOPES, J.M.C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012. Cap. 7. pp.60-70.

ROSE, G. *Estratégias de Medicina Preventiva*. Porto Alegre: ARTMED, 2010. 192p.

SACKETT, D.L. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. V.167, n.4, 2002a. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/167/4/363.full> Acesso 03/11/13.

_____. *Clinical Epidemiology: what, who and whiter*. 2002b. Disponível em: http://vz.truni.sk/old/Prednasky/Klinicka_epidemiologia/David%20Sackett%20Clinical%20Epidemiology.pdf Acesso em 12/12/13.

SCHMIDT, E. *et al. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente*. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, Vol. 9, n.2, pp.146-9, mar-abr. 2011.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. *Health Evaluation: Problems and Perspectives*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10(1). PP. 80-91, Jan/Mar, 1994.

SOARES, A.O. *Iatrogenia: velhos e novos aspectos da face velada da Medicina*. Medicina Interna. Vol. 2, n.2, pp.122-133. 1995.

SOUZA, H.M. *Saúde da família: uma proposta que conquistou o Brasil*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SPINETTA, F. “*Salud es la capacidad para superar los inconvenientes de la vida*” – Voces y Personas / Dr. Juan Gérvás. 2013. Disponível em: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2014/01/Hecho-Buenos-Aires-2013-1.pdf> Acesso em 10/01/14.

STARFIELD, B. *Is US Health Really the Best in the World?* JAMA. Vol. 284, pp. 483-485. 2000.

_____. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

STEWART, M. *et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* / trad. Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376p.

TESSER, C.D., POLI NETO, P., CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15(Supl. 3), p.3615-3624, 2010.

TESSER, C.D. *Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18, pp.61-76, jan/jun 2006.

_____. *Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica*. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.20, pp.347-62, jul/dez 2006.

_____. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização* [dissertação] / orientador, Gastão Wagner de Sousa Campos. Campinas, SP, 1999.

_____. *A atenção à saúde na construção cotidiana da cultura e da medicalização social*. In: TESSER, C.D.(org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. Cap. 3. p.74-107.

VAZ CARNEIRO, A. & COSTA, J. *A prescrição fora das indicações aprovadas (off-label): prática e problemas*. Rev Port Cardiol. v. 32, n. 9, pp.681-686. 2013.

WEBER, C.A.T. *Programa de Saúde da Família e o Governo das Populações*. Educ. Real., Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 867-882, set./dez. 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/13488/14338> Acesso em 18/06/13.

WHITE, K.L., WILLIAMS, T.F., GREENBERG, B.G. *The Ecology of Medical Care*. The New England Journal of Medicine. Vol. 265, pp.885-892. 1961.

WILBERG, P. *'Getting ill to See a Doctor'- the communicative purpose of illness*. In: _____. *Existential Medicine*. Disponível em: <http://existentialmedicine.wordpress.com/%E2%80%98getting-ill-to-see-a-doctor%E2%80%99-%E2%80%93-the-communicative-purpose-of-illness/> Acesso em 22/11/13.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2): Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)*, 2009.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2 ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZOLA, I.K. *Medicine as an Institution of Social Control*. The Sociological Review. Vol. 20, n. 4, pp. 487-504, nov. 1972. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x/asset/j.1467-954X.1972.tb00220.x.pdf?v=1&t=hofzzjd8&s=0da0fe55d99305d684d19fb4227b6759ec6553dd> Acesso em 23/03/13.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA Jr, B. *Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010*. Ciência e Saúde Coletiva, 2013.

ANEXO 1 – Prevenção Quaternária - MODELOS 2X2

	Conhecimento científico ou do médico, evolução natural da doença Ausente-----> Presente	
<p>Consciência ou sensação do paciente</p>	<p>I (Prevenção) Primária</p> <p>Ação realizada para evitar ou remover a causa de um problema de saúde num indivíduo ou população antes que ele se manifeste. Inclui promoção de saúde e proteção específica (ex. imunização)</p>	<p>II (Prevenção) Secundária</p> <p>Ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial num indivíduo ou população, dessa forma facilitando a cura, ou reduzindo ou prevenindo que se espalhe ou cause efeitos de longo prazo (ex. métodos, triagem, busca de casos e diagnóstico precoce)</p>
<p>sensação de enfermidade</p>	<p>IV (Prevenção) Quaternária</p> <p>Prevenção Quaternária: Ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis.</p>	<p>III (Prevenção) Terciária</p> <p>Ação realizada para reduzir os efeitos crônicos de um problema de saúde num indivíduo ou população ao minimizar o prejuízo funcional em consequência de problema de saúde agudo ou crônico (ex. prevenção de complicações por diabetes). Inclui reabilitação.</p>

Figura 1. Quatro domínios da prevenção na prática clínica. Nesta tabela, a prevenção quaternária é usada como resultado de um relacionamento. FONTE: JAMOULLE, 2011.

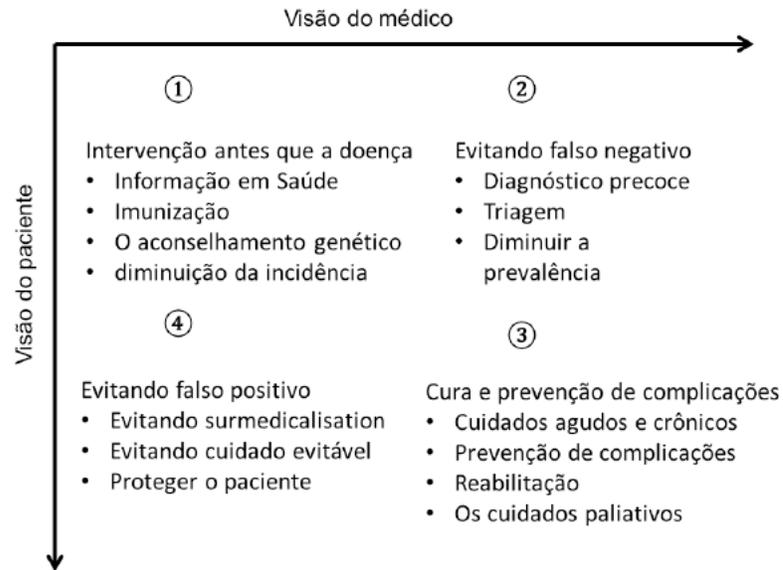


FIGURA 2. Detalhamento das atividades realizadas em cada domínio da prevenção na prática clínica. FONTE: JAMOULLE & ROLAND, 2013.

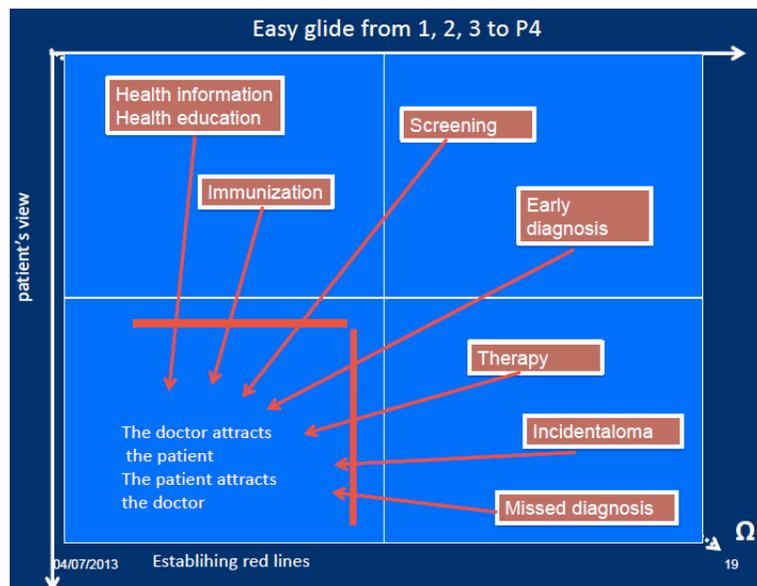


FIGURA 3. Ações preventivas que conduzem os profissionais e usuários para o âmbito da prevenção quaternária. FONTE: JAMOULLE, 2013.

ANEXO 2 – Quadro de “Apreciação situacional” do Plano de Ação para implementação de Práticas Integrativas e Complementares elaborado pela enfermeira da equipe

APRECIÇÃO SITUACIONAL		
Problema: baixa valorização, oferta e integração das PICs na rede de atenção a saúde		
Realidade situacional	Acumulações	Análise estratégica
Grande quantidade de estabelecimentos de saúde.	Facilidade de acesso	Proporcionar Acessibilidade a terapias alternativas
Possibilidade de um ciclo infundável de doença-tratamento-medicalização-investigação de nova patologia-tratamento..	Saúde Centrada no profissional médico Tratamentos desnecessários Supervalorização do modelo biomédico/hospitalocêntrico	Necessidade de transferência da manutenção da saúde para o paciente. Reconhecimento da importância da equipe multidisciplinar.
09 hospitais, 01 unidade de pronto atendimento, SAMU, 6 ESFs. NASF, CEREST, 01 clínica de hemodiálise, 03 clínicas de imagem, Uma dezena de laboratórios, Todas as Especialistas médicas, 01 UTI.	Aumento consequente da iatrogenia Hipermedicação Procedimentos invasivos desnecessários	Prática do modelo holístico/Integralidade Valorização das Práticas integrativas e complementares
<i>Alto custo para a saúde pública.</i> Sobrecarga da atenção Básica	Comercialização da cultura do check-up. Rastreamentos sem embasamento e sem indicação. Excesso de consultas de rotina.	Estimulação do autocuidado

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo pretende informar sobre a pesquisa *“Medicalização e o Cuidado em saúde às classes socialmente vulneráveis na Estratégia de Saúde da Família”*, do Departamento de Saúde Coletiva/ FCM/ Unicamp. A pesquisa será realizada com fins acadêmicos e como subsídio a dissertação de mestrado de mesmo título da pesquisa. A coleta de dados se dará na Unidade Básica de Saúde do município [nome] e território adscrito, contando como participantes - caso consentam com os termos e condições aqui explicitados - usuários deste serviço e os profissionais de saúde que atuem na equipe da mesma unidade durante o período da pesquisa.

Este estudo tem como objetivo observar as práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família a fim de identificar características de um processo chamado de medicalização social no trabalho dos profissionais na interação com os usuários dos serviços. O processo de medicalização compreende, entre outros aspectos, o avanço das fronteiras da ciência médica e das práticas de saúde sobre assuntos que antes não estavam sob seu domínio, e também as influências e resultados das ações dos profissionais e serviços de saúde na cultura sanitária das pessoas atendidas, no entendimento das pessoas sobre saúde e doença e na forma com que as pessoas cuidam de si e de sua saúde, a partir do contato que tem com as unidades de saúde.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Verificar, no processo de trabalho da equipe, aspectos dos serviços locais e das diretrizes da estratégia de saúde da família que contribuem para a medicalização;
- Analisar a relação entre as práticas de saúde que são cuidadoras e promotoras de autonomia e aquelas que são potencialmente geradoras de dependência e de danos à forma como as pessoas cuidam de sua saúde e seus adoecimentos.

Para a coleta de dados da pesquisa serão utilizados: observação participante com entrevistas abertas nos serviços de saúde; grupos de discussão com profissionais e usuários dos serviços. A pesquisadora observará o trabalho da equipe no atendimento aos usuários em todas as suas atividades, seja em atendimentos individuais ou coletivos, na unidade de saúde, espaços comunitários utilizados pela equipe durante o seu trabalho ou no domicílio do usuário, durante atendimento domiciliar. Serão observadas também atividades administrativas e reuniões de equipe. As observações serão registradas em diários de campo, tais registros deverão conter os traços fundamentais do caso, resguardando a privacidade dos participantes. É importante destacar que os participantes desta pesquisa terão garantia de total sigilo em relação a sua identidade, sendo que não serão divulgadas quaisquer informações que possam identificá-los ou causar constrangimentos durante todas as etapas da pesquisa.

As entrevistas abertas e os grupos de discussão poderão ser áudio-gravados a fim de garantir que os dados fornecidos pelas pessoas pesquisadas possam ser recuperados e analisados posteriormente pela pesquisadora. Poderá participar dos grupos de discussão uma pessoa responsável por fazer anotações das falas e expressões corporais. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade das falas e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como na descrição do que for observado.

A participação na pesquisa não oferecerá custos, como o participante não terá nenhum gasto com a pesquisa, não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro. São previstos riscos como possíveis custos pessoais ou profissionais devido ao tempo a ser despendido na pesquisa, algum constrangimento pela presença da pesquisadora, ou mesmo pela exposição de opiniões sobre as práticas desenvolvidas serviço de saúde. Para minimizar tais riscos, a pesquisadora verificará com os participantes os momentos mais adequados para aplicação dos métodos da pesquisa, a fim de não causar prejuízos às atividades dos profissionais e usuários, além do que, a pesquisadora manterá postura ética, respeitosa, só interferindo na dinâmica observada quando for solicitada pelos profissionais e houver abertura para tal. Além disso, ressalta-se que o participante tem o direito em não participar da pesquisa, ou, caso já tenha consentido em fazê-lo, poderá desistir de participar em qualquer momento, sem sofrer qualquer retaliação por este motivo. Por fim, estão previstos benefícios como a reflexão sobre o trabalho da equipe, durante o desenrolar da pesquisa e a partir dos resultados da pesquisa que serão apresentados à equipe. Para os usuários, o benefício é indireto, decorrendo da contribuição para a reflexão pela equipe sobre as práticas de saúde desenvolvidas.

Os participantes têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo. O participante da pesquisa ficará com uma cópia deste termo (TCLE).

A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____

_____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa, mediante autorização da presença da pesquisadora nos atendimentos/intervenções que esteja envolvido como profissional ou usuário do serviço (observação-participante), e colaborando com a entrevista aberta e/ou grupo de discussão que poderão ser propostos pela pesquisadora. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

[Município], _____ de _____ de _2013_.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Raquel Vaz Cardoso

Médica e Aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/ UNICAMP

Telefones para contato: [pesquisadora] / (19) 3521-8036

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, denúncia e/ou reclamações referente aos aspectos éticos desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP:

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP

Fone: (19) 3521- 8936 ou 3521-7187 – E-mail: cep@fcm.unicamp.br

APÊNDICE 2 – Roteiro do Primeiro Grupo de discussão com a eSF

PARTE 1 – “TENTANDO ENXERGAR A MEDICALIZAÇÃO NO COTIDIANO”

1. O que vem na cabeça de vocês quando falamos a palavra **Medicalização**?
 - ANOTAR OS exemplos em CONCEITOS em cartolina, discutir estes conceitos, ver quem concorda, sem tem algo mais, dê exemplos, outros exemplos e conceitos.

Ajudando a APROFUNDAR:

 - Na saúde, quanto mais é melhor? Vocês acham que existe um excesso de oferta (atentem que não estou dizendo demanda) de cuidados de saúde (consultas, medicamentos, exames, procedimentos)?
 - Vocês acham que as práticas de saúde tem efeitos colaterais? Podem ter efeitos indesejáveis? Estes efeitos colaterais são apenas sintomas/doenças relacionados ao uso de medicamentos/exames ou pode estar relacionado ao impacto de mudança cultural, psicológica ou social?
 - A prevenção é sempre positiva ou ela pode ter impactos negativos na vida das pessoas?
 - Vocês acham que o trabalho da equipe tem ajudado mais as pessoas a cuidarem de sua própria saúde ou apenas deixando as pessoas mais dependentes dos serviços de saúde, sem necessariamente contribuir para a mudança em sua saúde e bem-estar?
 - Vocês acham que algumas vezes os profissionais de saúde acabam tornando as pessoas medrosas, com medo de doenças e da morte, sem necessariamente contribuir que elas se cuidem mais? Tenham mais bem-estar e qualidade de vida?
 - Vocês acham que nas decisões, nos tratamentos, sempre levam em conta o entendimento da pessoa sobre o seu próprio adoecimento, as ideias que tem sobre a doença, o jeito que acham melhor de cuidar dos problemas? Compartilham as decisões, sem deixar o que parece melhor do ponto de vista do profissional?
 - Acham que a medicina tem criado novas categorias de doença (mudado os padrões para HAS, DM, definidos critérios para doenças psiquiátricas para problemas de sexualidade, de aprendizagem escolar, dificuldade na inserção social)? Isso tem impactado positivamente na saúde das pessoas? Estes novos tratamentos?
 - Explorar os conceitos e exemplos de medicalização e iatrogenias a partir próprios casos trazidos pela equipe.
2. Pedir à equipe para pensar como isto está presente na sua própria atuação/trabalho no cotidiano da equipe. Citar exemplos.
3. Elucidar causas gerais e locais para este jeito de fazer/desenvolver as práticas de saúde.

APÊNDICE 3 – Roteiro do Segundo Grupo de discussão com a eSF

1. Rer todos os tópicos discutidos no grupo anterior – Por acaso alguém viveu alguma destas situações ou passou a perceber mais alguns destes pontos que enumeramos no grupo anterior?

2. Poderíamos dizer que aqui temos formas, causas e consequências de medicalização?

3. no grupo anterior falamos muito da medicalização como de responsabilidade da mídia, do próprio usuário/paciente e mesmo da gestão. Que outros atores vocês diriam estar envolvidos estimulando a medicalização?

4. Como veem a participação dos profissionais de saúde, corporações, associações de profissionais e usuários, mercado de produtos médicos, indústria farmacêutica e ainda o próprio jeito da gente entender a saúde e a doença de um ponto de vista científico? Acham que isso influencia nestas questões da medicalização?

5. Voltando na GESTÃO, falamos que ela influencia por meio das metas estabelecidas, vocês VEEM alguma contribuição da PRÓPRIA POLÍTICA, DIRETRIZES, PRINCÍPIOS da Estratégia de Saúde da Família para a medicalização?

Acham que a proposta da ESF é mais medicalizadora ou desmedicalizadora?

Tanto do ponto de vista das diretrizes federais (que é uma coisa) e da aplicação e diretrizes municipais (que pode ser bem diferente)

Haveria alguns pontos aqui do serviço mais suscetíveis à medicalização?

Execução das ações programáticas

Recepção

Triagem

Consultas na demanda espontânea

Renovação de receitas

Imunização

Visita domiciliar / questionários / orientações e educação em saúde

6. E sobre a relação com os profissionais de saúde, quer dizer, na relação profissional usuário?

- A questão dos “rótulos” dos nomes para os problemas, acham positivo dar um nome para o problema ou acham que pode piorar? Reforçar o papel de doente?

- Autonomia vs. Dependência – o que acham que as pessoas faziam por si próprias e não fazem mais? Ou nunca fizeram, mas poderiam fazer? Dê exemplos.

APÊNDICE 4 - Roteiro do Grupo de discussão com os ACS

1. Qual é o papel do agente de saúde para vocês? Existe diferença entre a teoria e a prática?
2. Quais as principais dificuldades que enfrentam no dia-a-dia para cumprir com seu papel?
3. Se pudessem mudar em algo no trabalho de vocês, de forma que pudessem contribuir mais para a saúde das pessoas, o que fariam?
4. Quais são os usuários que mais demandam acompanhamento de vocês (de acordo com idade, sexo, tipo de agravo, vulnerabilidade social, outros)? E quais vocês acham que mais precisam do seu trabalho?
5. Qual o impacto do seu trabalho na vida destas pessoas?
6. De onde vem o conhecimento de vocês para lidar com estas questões?
7. Há diferenças entre o perfil de pacientes (mesmas características acima e outras) que vocês acreditam necessitar de maior acompanhamento e o perfil de usuários para os quais a enfermeira, a médica ou a secretaria de saúde demandam visitas?
8. Como recebem as orientações que vocês fornecem quanto ao autocuidado e mudança de estilo de vida?
9. Algum usuário já se queixou de que vocês estariam de alguma forma invadindo a intimidade deles ou entrando em assuntos que eles não gostariam de tratar? Se sim, como e por que isso ocorreu?
10. As pessoas costumam ficar incomodadas/desconfortáveis com alguma de suas atividades? Cadastramento (ficha A), preenchimento de “SISVAN”, outros?
11. Consideram necessário visitar todas as famílias todo mês? Por quê? Há usuários e famílias que vocês acreditam não precisar de acompanhamento domiciliar? Por quê?
12. Abordar sobre os temas dos treinamentos e as atividades das quais participam (intra e intersetorial): vigilância (campanha da dengue, vacinação antirrábica etc.), assistência social (acompanhamento das condicionalidades do bolsa-família, p.ex.), outros.

APÊNDICE 5 - O caso do Paracetamol

“Tem uma mulher aqui que é viciada em paracetamol (ela sempre pede paracetamol). Teve uma vez que ela trouxe o neto e queria que eu pedisse um exame de fezes. Mas o menino já tinha feito há 3 meses e não tinha dado nada, nem um vermezinho. Eu expliquei e ela continuou pedindo o exame, ‘Mas o menino tá tão desanimado’, e o menino encapetado, quase quebrando o meu consultório. No final ela pediu um paracetamol. Aí eu marquei ela. Sabe aquelas pacientes que a gente marca? Depois ela trouxe o neto dizendo que o coração do menino tava disparando. Eu peguei o menino, coloquei na triagem, deixei sentadinho 5 minutos, olhei o pulso, auscultei o coração, até entrei na internet para olhar se o valor tava normal para a idade dele (que eu não sabia de cor), tava tudo normal, no limite, mas normal. Aí eu virei para a mulher e disse ‘é, minha senhora, isso é saúde, é sinal de saúde, a senhora tem que parar de ficar procurando doença pros netos da senhora’. Nessa hora o olho dela encheu de lágrimas e disse ‘então me dá um paracetamol’. Eu vi que se eu perguntasse o que estava acontecendo ela ia desabar e chorar muito... Então eu fui lá dentro e peguei uma cartela de paracetamol... Eu não tinha tempo, nem tava disposta para ouvi-la naquele momento. Mas eu fiquei muito mexida, no almoço e o resto do dia eu só pensava nela, isso aconteceu há umas duas semanas...”

