

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Humberto Sauro Victorino Machado

Medicalização e medicina de família e comunidade: memórias de um médico de favela

Rio de Janeiro

2020

Humberto Sauro Victorino Machado

Medicalização e medicina de família e comunidade: memórias de um médico de favela

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Alves Melo

Rio de Janeiro

2020

Medicalization and family and community medicine: memories of a slum physician

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M149m Machado, Humberto Sauro Victorino.
Medicalização e medicina de família e comunidade: memórias de um médico de favela / Humberto Sauro Victorino Machado. -- 2020.
100 f. : il. color.

Orientador: Eduardo Alves Melo.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Medicalização. 2. Medicina de Família e Comunidade.
3. Atenção Primária a Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Humberto Sauro Victorino Machado

Medicalização e medicina de família e comunidade: memórias de um médico de favela

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 11 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Paula Gaudenzi
Intituto Fernades Figueira - Fiocruz

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz

Rio de Janeiro

2020

Para Cissa e Toni
Que um dia recompense as desculpas sob alegação de
cansaço de seus pais

AGRADECIMENTOS

À Larissa, que convive com meus defeitos e mesmo assim, mais próxima de qualquer um, os tolera pelas tolices do amor.

À Ana Beatriz Victorino Machado, que assim descuidada deixou escapular em um café da manhã, que o irmão derramava poesia no chão, sem saber que ele de soslaio escutava.

À Natália Nunes, voraz leitora do mundo, dos amigos, que assim espontânea, estimula toda atividade criativa em seu entorno.

A Alfredo de Oliveira Neto, que assim, como um entusiasta nato, nos faz acreditar que algumas estórias e ideias outras devam ser ventiladas.

A Adelson Guaraci Jantsch, que por tudo se interessa genuinamente, e assim inquieto, co-produz com todos nós.

A Guilherme Tritany que compartilha sentimentos e leituras e assim, com afetividade, nos transcende.

À Ana Paula Melo Dias, que assim de uma maturidade à frente dos nossos tempos, significa um grande encontro para quem com ela esbarra.

A Daniel Gonzaga, quem trouxe ainda mais pra perto, por entender que assim verdadeiro, busca como eu, as mesmas frustrações.

À Paula Gaudenzi, que mesmo antes da era pandêmica, e assim dedicada, tornou a distância para o aprendizado, relativa.

À Dandara Morais, que assim meticulosa, revisou, corrigiu e aperfeiçoou toda a matéria.

A Eduardo Alves Melo, que assim cuidadoso, me conduziu por uma jornada de descoberta acadêmica e para muito além, pessoal.

*“[...] eu tinha de gritar em furor que a
minha loucura era mais sábia que a
sabedoria do pai, que a minha enfermidade
me era mais conforme que a saúde da
família, que os meus remédios não foram
jamais inscritos nos compêndios, mas que
existia uma outra medicina (a minha!), e
que fora de mim eu não reconhecia
nenhuma ciência, e que era tudo uma
questão de perspectiva, e o que valia era o
meu e só o meu ponto de vista.”*

RADUAN NASSAR, 1975, p. 87.

RESUMO

O fortalecimento da atenção primária é um dos grandes focos de atores e instituições do SUS no Brasil, tendo na estratégia saúde da família uma aposta de mudança do modelo tecnoassistencial. Como parte de equipes multiprofissionais com perfil generalista na APS/ESF, a medicina de família e comunidade (MFC) é a especialidade eleita por diferentes atores, cada vez mais, para atuar nesse âmbito de assistência, considerando a grande porta de entrada para o sistema de saúde. A medicalização constitui um complexo fenômeno pelo qual, na ânsia ou a partir da justificativa de proteger e cuidar, a medicina, de certa forma, atropelaria os direitos das pessoas. Esse paradoxo foi exaustivamente estudado em especialidades como a psiquiatria, a medicina preventiva e em especialidades cirúrgicas e intervencionistas, porém pouca atenção se deu à sua expressão na MFC, por se entender que essa especialidade teria uma resistência intrínseca à medicalização. Não convencido completamente dessa oposição concreta, o autor pretendeu, neste trabalho, através de sua experiência como médico de família, dissecar situações e vivências que remontem ao encontro entre a medicalização e a MFC. Para isso, partiu-se de uma abordagem inspirada na cartografia e na autoetnografia que produz e processa uma análise de memórias “pessoais”, utilizando cenas e outros formatos de narrativas, com o objetivo de refletir sobre a medicalização na medicina de família e comunidade. A problematização do vivido evidenciou alguns elementos potencialmente medicalizantes na MFC, como a pressão assistencial, a protocolização de condutas, o (não) reconhecimento da capacidade de autodeterminação do outro (pobre) e a legitimidade-autoridade das práticas médico-sanitárias. Algumas práticas desmedicalizantes, racionalmente pensadas (enquanto intenção de prevenção quaternária) ou improvisadas (a partir da sensibilidade-intuição), apareceram com problemas e êxitos. O caminho percorrido produziu menos conclusões inequívocas do que visibilidade para linhas de força e tensões, quiçá novas interrogações.

Palavras-chave: Medicalização, Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

The strengthening of primary care is one of the main focuses of the Unified National Health System actors and institutions in Brazil, with the family health strategy (ESF in Portuguese) betting on changing the techno-assistance model. As part of multiprofessional teams with a generalist profile in primary health care (PHC) / ESF, family and community medicine (MFC in Portuguese) is the specialty chosen by different actors, more and more, to act in this area of assistance, considering a great gateway to the healthcare system. Medicalization constitutes a phenomenon for which, in the eagerness or from the justification of protecting and caring, medicine, in a way, would run over people's rights. This paradox has been extensively studied in specialties such as psychiatry, preventive medicine and in surgical and interventionist specialties, but little attention has been paid to its expression in the MFC, as it is understood that this specialty is an intrinsic resistance to medicalization. Not completely convinced of this concrete opposition, the author intended, in this work, through his experience as a family physician, to dissect situations and experiences that go back to the meeting between medicalization and MFC. To do this, we started with an approach inspired by cartography and autoethnography that produces and processes an analysis of "personal" memories, using scenes and other narrative formats, with the objective of reflecting on medicalization in family and community medicine. The problematization of the experience showed some potentially medicalizing elements in the MFC, such as assistance pressure, the conducting of protocols, the (non) recognition of the other (poor) capacity for self-determination and the legitimacy-authority of medical-sanitary practices. Some demedicalizing practices, rationally thought out (as an intention for quaternary prevention) or improvised (based on sensitivity-intuition), appeared with problems and successes. The path followed produced less unambiguous conclusions than visibility for lines of force and tensions, perhaps new questions.

Keywords: Medicalization, Family and Community Medicine, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1. Modelo de hipóteses das relações entre Medicalização e Medicina de Família e Comunidade. pg. 85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
mfc	Médico(a) de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	PRÓLOGO	12
2	HISTÓRIA PREGRESSA E IMPLICAÇÃO ATUAL	14
2.1	TRAJETÓRIA.....	14
2.2	(DES)ENCONTROS COM A MEDICALIZAÇÃO.....	16
3	NOTAS SOBRE METODOLOGIA	18
4	SABERES-PODERES E A MEDICALIZAÇÃO	27
4.1	DO SABER LEIGO.....	27
4.1.1	Do Antiprotocolo	29
4.1.2	Saúde Médico-Especialista-centrada	30
4.1.3	Autonomia para Auto-medicalização?	32
4.1.4	O embate entre o saber técnico e o saber leigo	33
4.2	DO MEIO MEDICALIZANTE.....	35
4.3	DA AUTORIDADE SANITÁRIA.....	39
5	“A MEDICALIZAÇÃO NOS SETTINGS DA MFC”	44
5.1	NO AMBULATÓRIO.....	44
5.2	NA VISITA DOMICILIAR.....	47
5.3	NA GESTÃO.....	49
6	ATRIBUTOS E ROTINAS EM CRISE	51
6.1	PESARES SOBRE A COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	51
6.2	DO PROCESSO DE TRABALHO DO MÉDICO DE FAVELA.....	55
7	A DISTOPIA COMO UM ENSAIO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO E A MFC	61
8	MEDICALIZAÇÃO E MFC: EM BUSCA DE UMA TEORIA	72
8.1	A CONSTITUIÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO NA MODERNIDADE.....	72
8.2	BREVE APANHADO DE FORMULAÇÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO.....	75
8.3	MEDICALIZAÇÃO NA APS E MFC.....	79
8.4	ANÁLISE POLÍTICA DA MFC EM UM HORIZONTE MEDICALIZADO.....	82
8.5	DEZ HIPÓTESES SOBRE MEDICALIZAÇÃO E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	83

9	EPÍLOGO	86
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXO - UMA ENTREVISTA INUSITADA	96

1 PRÓLOGO

“Não existe nada na mente que já não tenha passado pelos sentidos”

John Locke

Pensando em conduzir o leitor por uma viagem cujo roteiro o próprio autor desenhou, faz-se importante explicar a partida, contextualizar as paradas e antecipar de algum modo a chegada. Grande parte dessa estrada se dará sob céu cinza e chuvoso. É um passeio sob os olhos de um viajante inquieto, não de um deslumbrado, numa tentativa de se reacomodar para, então, começar a se fustigar outra vez.

Foi um exercício de quebrar um par de encantos com a minha escolha profissional, de minha esposa e dos alunos para os quais tenho me esmerado em convencer a percorrer esse mesmo caminho.

Como pesquisa do ponto de vista tradicional, não fui ao campo. Os extratos dessa fase são memórias e reflexões, elaborações fabulosas que funcionarão como analisadores. São produtos sem enquadramento, métrica ou padrão de coleta. Não podem nem mesmo ser agrupados em uma mesma categoria. Toda essa matéria é, então, regurgitação dos dez anos de trabalho no campo da medicina de família e comunidade (MFC), sazonalmente assolado pela medicalização.

Adotei como *médico de favela* o personagem que vagueia nas cenas. Escolhi essa denominação por ser aquela que desenvolvi, ao longo dos anos, para explicar a terceiros a “mística” por trás da minha atuação profissional. Foi a maneira mais curta (e talvez grossa) que alcancei para esclarecer a função, o compromisso da extensa e, até então, estranha para leigos e mesmo para médicos, nomenclatura de médico de família e comunidade (mfc). Ao responder “médico de favela”, as perguntas abertas eram inibidas na sucessão do diálogo. Não por querer encerrar o assunto, esconder a trajetória, envergonhar-se do título. Não por ironia, por glorificação de um compromisso social, mas para me fazer compreender. Também para me diferenciar da prática no setor privado, que não pode ser contemplada por minhas andanças e vice-versa.

Optei também por não nomear os pacientes, acompanhantes e demais atores. Assim, os homens são tratados como moços e as mulheres, moças, ou ainda, senhores, senhoras, Ele ou Ela, sempre de maneira genérica. Não para calar as personagens, mas talvez para evitar estereótipos que tratam com humor os nomes reais dos pobres e favelados na oralidade das histórias.

O esqueleto do ensaio está dividido em seis partes. Este prólogo, seis capítulos e um epílogo. No capítulo I, pormenorizo minha trajetória desde o término da graduação em medicina até o presente, a fim de contextualizar a construção do objeto neste mestrado profissional.

No capítulo II, são inseridas notas sobre a metodologia, procurando demonstrar como elementos da autoetnografia e da cartografia foram empregados na elaboração textual.

No terceiro capítulo, três cenas são empregadas para ilustrar desdobramentos distintos do fenômeno a depender do cenário. Retratam o vir à tona do saber leigo no primeiro encontro, em seguida uma atmosfera medicalizante que não permite condutas outras e, por fim, o médico na pele de uma autoridade sanitária na comunidade.

No quarto capítulo, dando prosseguimento às interfaces entre Medicalização e MFC, outros settings de ocorrência da medicalização são explorados: o cenário do ambulatório, o da visita domiciliar e o da gestão.

No quinto capítulo, trato das rachaduras em pilares teóricos. De como princípios e atributos de uma política pública sofrem mediações e choques de diferentes tipos ao aterrissar no plano da vida organizacional e cotidiana. Na primeira cena, a coordenação do cuidado é analisada sob um prisma que revela uma metamorfose desse dogma. Profissionais imbuídos da responsabilidade de coordenar o cuidado, mesmo que envoltos das melhores intenções, podem reforçar práticas medicalizantes. A segunda cena aborda o processo de trabalho do médico de favela, as possibilidades de leitura do arquétipo de consultório e analogias díspares desse espaço com a oficina e o artífice. Nessa crônica, a medicalização está por trás de uma das principais agonias do médico de família e comunidade: a alta pressão assistencial.

No sexto capítulo, a cena compartilhada assume um formato diferente: trata-se de uma distopia. Em *País Sem Médicos*, as circunstâncias ficcionais permitem um remodelamento único do binômio sociedade-medicina.

O sétimo capítulo é uma última parada, na qual busco construir um texto teórico sobre medicalização e medicina de família e comunidade.

No epílogo, trago algumas marcas do campo em mim, as modificações promovidas por este estudo no médico de favela.

No anexo, uma entrevista inusitada traz quatro questões provocativas sobre poder que são respondidas pelo personagem principal.

2 HISTÓRIA PREGRESSA E IMPLICAÇÃO ATUAL

2.1 TRAJETÓRIA

“Sabemos de quase nada adequadamente, de poucas coisas a priori e da maioria por meio da experiência”.

Gottfried Wilhelm Leibniz

Aos dezenove anos, querendo prestar vestibular para jornalismo, cursou medicina por influência do pai neurologista. A não pulsátil paixão por escrever se atenua na fase de descoberta da medicina de família e comunidade, que acolhe bem os corações amolecidos pelas ciências humanas. Desloca-se junto com a companheira para o interior do estado do Ceará, no nordeste brasileiro, movidos por fuga urbana, desejo de interiorização/ruralização e descoberta de outros brasis.

Aficionado por tecnologias de baixa densidade com potencial de atingir grande resolutividade, dedica grande parte do seu tempo ocioso, por exemplo, em filas de pão e banco a pensar em processos inovadores. De maneira que tenta expandir cada vez mais o leque de serviços de sua unidade, a fim de representar um ideal de atenção primária forte, onde se faz de tudo. Muitas dessas ações representam procedimentos, pequenas cirurgias, porém, há um entendimento, de sua parte, que atividades na comunidade, de grupos, de práticas integrativas e complementares, devam fazer parte desse processo. Essa aparente prática subspecializada deve-se ao fato de que a medicina procedimental é mais valorizada pelo meio acadêmico da graduação — o qual tentou arduamente persuadir dia após dia, em seu contato com os alunos — em detrimento de uma prática clínica pautada na sabedoria e cultura. Esse proselitismo e a busca incessante por resolutividade arrefeceram nos últimos anos, pois se tonara uma forma de propaganda algo desonesta.

Crê que nenhum outro campo da medicina seja mais propício para uma revolução nos cuidados, para atender ao novo conceito de saúde que elege o modelo biopsicossocial. Não espera dos psiquiatras a ruptura com a indústria farmacêutica, ou de qualquer outra especialidade médica práticas não corporativistas, de despreocupação ao protecionismo de mercado, posicionamento contra o ato médico, simpatia e adesão em massa a movimentos e lutas sociais ou engajamento político na defesa da saúde pública, salvo exceções de profissionais iluminados como seres humanos que se encontram dispersos em todas as

áreas. Por isso, com orgulho, enquanto a medicina de família e comunidade, no Brasil, é tida como prima pobre e alternativa das carreiras médicas, há quem aposte que é a vanguarda do pensamento médico.

O capitalismo, acredita, envenenou princípios de todas as áreas, do cinema ao futebol, não deixando escapar a medicina. Resgatar uma atuação médica generalista não vinculada diretamente ao retorno financeiro como grande êxito, mas à defesa das vidas e realidades locais, fixando-se em um serviço, tornando-se “folclórico” após décadas de dedicação àquela mesma região e povo, são valores que procura inspirar. Ao longo dessa iniciativa, também enxerga como meta sedutora o compartilhamento do conhecimento entre as profissões como prática fundamental para o trabalho em equipe, além de estimular a autonomia dos profissionais de saúde “não médicos” e dos pacientes.

Essa coleção de impressões se deu em grande parte num itinerário do médico de favela que começa com a residência em medicina de família e comunidade, no município de Sobral, interior do Ceará, preceptor de internos da graduação de cursos de Medicina e, depois, como médico de família e comunidade e preceptor de programa de residência médica, na cidade do Rio de Janeiro, por seis anos. Nos últimos dois anos, também exerceu função de coordenador dessa residência médica, além de supervisor de outros médicos intercambistas no interior do estado do Rio de Janeiro, no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM)¹.

Reter conhecimento teórico-prático é universal no meio médico e uma medida crucial para exclusividade de prestação de serviços e comercialização de cuidados em saúde, daí o seu interesse particular em banalizar — no sentido de desmistificar — procedimentos médicos cada vez mais banhados a ouro e inacessíveis. Sua atuação é mais voltada para a micropolítica, microsociedade, e seus esforços são direcionados para mudanças no território de abrangência de sua clínica², que cobre uma população de aproximadamente quarenta e cinco mil pessoas no Complexo de Favelas do Alemão, em Ramos, Rio de Janeiro.

No primeiro dia do seu novo e último emprego, disse que ficaria até quando octogenário e, desde então, segue firme e provocador. Vive o momento mais crítico do

¹O PMM foi lançado em julho de 2013 com a Medida Provisória nº 621, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, em outubro de 2013. Foi baseado em evidências que apontavam para um cenário de escassez de médicos no País, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. (SILVA; CECILIO, 2019)

² Na cidade do Rio de Janeiro, com a reforma da APS iniciada em 2009, no governo Eduardo Paes, as unidades básicas de saúde do SUS passaram a ser chamadas de Clínicas da Família, com uma completa reestruturação, incluindo novo desenho arquitetônico, composição da equipe de gestão e alterações legais (CAMPOS *et al.*, 2016).

ponto de vista da administração pública municipal e, assim, já se vão oito anos de um projeto de vida e legado, acreditando piamente que as crises e os tempos difíceis farão de si ainda mais apaixonado.

Pensa o quão incrível ser pai, esposo, filho, irmão, doente, pode se relacionar tão diretamente com sua profissão e influenciar seu trabalho de maneira tão sensível, sendo a recíproca verdadeira. Cartografar trechos dessa experiência em intensidades e platôs mais reflexivos, sovando antigos afetos, acredita ser uma grande reinvenção pessoal e uma possibilidade de produzir algum conhecimento encarnado, quiçá encantado.

2.2 (DES)ENCONTROS COM A MEDICALIZAÇÃO

Tendo se deparado ao longo de sua jornada com *Nêmesis da Medicina* (ILLICH, 1975), recebeu a leitura de maneira indigesta:

A Nêmesis da medicina é mais que a soma de todas as faltas profissionais, negligências, cinismo de casta, injusta repartição dos cuidados decretada pelos médicos, invalidez por diktat médico. É mais que a degradação mássã das estruturas sociais pela supermedicalização tentacular. É mais ainda que o encorajamento médico da impotência do homem diante da dor, da doença e da morte. A Nêmesis da medicina é autodesregulagem institucional do homem diante do pesadelo. É a expropriação do querer viver do homem por um serviço de conservação que se encarrega de mantê-lo em estado de marcha para benefício do sistema industrial (ILLICH, 1975, p. 161).

O mestrado mostrou-se uma oportunidade para reatar com aquela dor mal resolvida. Sete anos após a publicação do ensaio supracitado sobre a expropriação da saúde, Illich traria considerações que refletiam uma possível desmedicalização da sociedade por parte dos médicos generalistas, em discurso proferido no Royal College of General Practitioners, em Londres:

Falamos sobre medicalização porque, talvez incorretamente, acredito que os clínicos gerais sob o sistema britânico estão em posição de revertê-la. Eles têm uma função ambígua: eles podem contribuir mais efetivamente do que o especialista para medicalizar ainda mais a vida, ou apoiar a tendência oposta (ILLICH, 1982, p. 467).

Portanto, para além de discutir o conceito e suas manifestações na ambiência da Atenção Primária a Saúde (APS) e MFC, o próprio Illich já havia enunciado o principal conflito sobre o qual pretendemos nos aprofundar no cenário brasileiro. Seria a MFC uma defensora de uma tendência oposta ao fenômeno, favorecendo a retomada da autonomia das pessoas, ou apenas mais uma força motriz da medicalização?

Quando lhe foi sinalizado que o estudo do tema revolveria de alguma maneira suas entranhas, desmereceu tal preocupação. Em verdade, o despertar de qualquer desconforto era bem-vindo para servir de fio condutor a um processo de elucubração. Mas, a partir da leitura da sociologia médica edificadora do conceito de Medicalização, e com a tarefa de associar o fenômeno ao terreno da medicina de família e comunidade e a atenção primária em saúde, sem deixar de também colocar no banco dos réus a saúde pública e o Sistema Único de Saúde, as náuseas subiram como maré.

Viu-se a produzir um material potencialmente nocivo, amargo, envolvendo instituições já fragilizadas, sendo um tanto quanto covarde por questionar políticas e práticas que, se outrora gozavam de credibilidade, perspectiva de expansão e consolidação paulatina em âmbito nacional, agora sofriam constantes ameaças e investidas de desmonte.

O produto de uma jornada acadêmica em saúde pública deve servir para refletir sobre questões que afligem a sociedade, no sentido de rever a política, a gestão e a assistência, procurando sempre melhores caminhos para medidas que afetam e modificam a vida de milhares de pessoas. O alinhamento governamental que o país assumiu nas últimas eleições obstaculiza aquilo que parecia incontestável, que uma atenção primária forte conectada ao conjunto das redes é a base de um sistema de saúde público e universal.

Assim, por mais que o exercício de desconstruir axiomas, de interrogar verdades, seja atividade legítima quando da realização de um mestrado, a recente reviravolta no contexto sóciopolítico brasileiro, acredita, pervertera sua dúvida de pesquisa, trazendo certa sensação de sadismo e traição de causa.

Apesar do inoportuno momento para investigar possíveis falhas e desacertos, excessos e disrupções, relacionados a um controle social em parte policialesco por parte do modelo assistencial em vigor na atenção primária, o pessimismo e a acidez advindos do conviver corporativo atingiram um nível que transborda na escrita.

A ideia de estrangular a carreira que escolheu para forçá-la à confissão sob tortura quanto à sua culpa em ser mais um instrumento de imperialismo e dominação será sempre com uma esperança. De, ao apertar com toda a força, dela, resistindo ainda entre risos, sarcástica e, quando já gemente e suspirosa, ouvir com dificuldade declarar um inconfundível: — “Inocente!!!”

Este trabalho busca, a partir de inserções e experiências singulares do autor, refletir sobre encontros e desencontros da MFC com o fenômeno da medicalização.

3 NOTAS SOBRE METODOLOGIA

Quando falo de autoetnografia, pego emprestada parte da definição de Santos (2017), que o faz com clareza:

[...] o que caracteriza a especificidade do método autoetnográfico é o reconhecimento e a inclusão da experiência do sujeito pesquisador tanto na definição do que será pesquisado quanto no desenvolvimento da pesquisa (recursos como memória, autobiografia e histórias de vida, por exemplo) e os fatores relacionais que surgem no decorrer da investigação (a experiência de outros sujeitos, barreiras por existir uma maior ou menor proximidade com o tema escolhido, etc.). Dito de outra maneira, o que se destaca nesse método é a importância da narrativa pessoal e das experiências dos sujeitos e autores das pesquisas, o fato de pensar o papel político do autor em relação ao tema, a influência desse autor nas escolhas e direcionamentos investigativos e seus possíveis avanços (SANTOS, 2017, p. 261).

A abordagem autoetnográfica é em grande parte concebida para dar voz a pesquisadores que se engajam em lutas políticas e atravessaram locais e posições de opressão social. O médico, o profissional mais bem remunerado das equipes de saúde (apenas por isso, já se sabe da magnitude de sua valorização em todos os círculos sociais), elege um objeto que é algo como uma onda de influência da sua instituição também hegemônica. Pensa, este médico, em tatear e questionar, com o utensílio do método autoetnográfico, uma realidade que *a priori* é de acomodação, conforto e superioridade.

E a resposta é que, longe de se vitimar no espaço que ocupou e que traz em contos, o mergulho em sua experiência pessoal e profissional é uma tentativa de se chacoalhar, como marionete carreada por essa onda. É por acreditar que, rechaçando o corporativismo da classe, não terminará como muitos dos seus pares que se aposentam sem nunca terem se sacudido sobre a possibilidade de terem selado a carreira tendo passado uma vida inteira como instrumento de manutenção de um *status quo* aprisionador e mantenedor de iniquidades, sendo caneta e carimbo contra o povo.

A opção de caminho utilizado neste trabalho também tem traços cartográficos, por apostar na inversão etimológica da palavra metodologia, priorizando os caminhos antes das metas (PASSOS, 2010).

As cenas e situações escolhidas para funcionarem como matéria-prima deste trabalho, aqui adotadas como uma tentativa de tradução e operacionalização singular da autoetnografia e da cartografia, o foram a partir de dois movimentos: o eco que provocam em mim e sua relação com o fenômeno da medicalização.

Assim, para um sujeito que reconhece sua lembrança como legítima e verdadeira, malgrado o desacordo com os “fatos”, a única forma de examinar e avaliar a experiência mnêmica é instaurar um ponto de vista supraindividual que possa julgar a experiência subjetiva: um ponto de vista de terceira pessoa que é social (PASSOS, 2010, p. 114).

Acredita-se no pensamento e na sua convulsão filosófica como uma ferramenta preciosa para a pesquisa social. Uma vez frente a frente com um episódio que transparece traços da Medicalização, fragmentá-lo em passos, em tomadas, para que seja possível realçar as nuances entremeadas no natural da clínica. Assim como o faz Rolnik (1989), em *Cartografia Sentimental - Cartografias do Desejo*, que nos conduz à uma cena de flerte da personagem noivinha por diferentes ângulos, no estalar das claquetes, ora através das lentes artificiais da câmera, ora com a imperfeição realística dos próprios olhos, em diferentes velocidades, destrinchando todos os movimentos das personagens e nos fazendo notar o imperceptível sobre o que move o desejo e como nosso corpo vibrátil ressoa interpretando cada cena.

A escolha por cartografar é também pelo exercício parcimonioso de tentar desmanchar a paisagem e acessar um movimento que está presente o tempo todo, por meio de mínimos detalhes, mutações, numa dinâmica. Por isso, talvez coubesse parar e observar com um olhar mais sensível o que para outros passa despercebido e até mesmo para o autor era ignorado.

Procurei em alguma medida dialogar com crenças, princípios e discursos da MFC. Não em uma tentativa de imputar, em cada situação analisada, o selo denunciatório de uma prática medicalizante, pois correria o risco de aplicar uma abordagem dicotômica e maniqueísta, pouco contributiva para o debate. Em vez disso, pretendi problematizar nuances, tensões deste processo, não necessariamente coerentes ou operadoras de um sentido e efeito único.

A princípio, pensei em trabalhar estritamente com o passado, com uma memória remota. No entanto, as memórias recentes que se constroem a partir de encontros do presente também foram incluídas, afinal o autor continua na sua rota com suas vivências ainda mais atento a conexão com o tema.

A evocação de memórias é apresentada em diferentes formatos: desde cenas em narrativas de tom lírico a pílulas, que constam em textos menores com descrição mais objetiva.

O trabalho de resgate de memórias e seu preparo fica melhor fundamentado na colocação de Pelbart, em seu artigo sobre a arte de instaurar novas formas de existência:

O desafio vital que se coloca a cada um de nós, pois, não é emergir do nada, numa criação exnihilo, mas atravessar uma espécie de caos original e “escolher, através de mil e um encontros, proposições do ser, o que assimilamos e o que rejeitamos” (PELBART, 2014, p. 251).

Não se deixa de advogar pelas memórias que me imprimiram marcas, que compartilho atravessadas pelo âmago do objeto que parece a tudo tocar. Defendo, como ato criador, a arte de instaurar vida em lembranças refletidas por uma nova crítica a fim de permitir reações distintas a eventos do passado. Nesse percurso, foi preciso navegar em outras disciplinas, como a antropologia, dramaturgia e filosofia, reconhecendo em autores como Saada, Pelbart, Santos, Passos e Rolnik uma preciosa trilha de um método capaz de trabalhar com o tratamento de três grandes dimensões: prática clínica, memória e experiência.

Em *Ser Afetado*, Jeanne Favret-Saada (2005) revela um método inovador de se praticar a etnografia. Estudando a feitiçaria entre o campesinato francês, na década de 1990, nos brinda com uma coragem no campo que difere daquilo empregado por estudiosos que se dedicaram previamente ao tema. Saada permite enfeitiçar-se, experimentar os rituais, deslocar-se da frieza do papel de cientista que paga informantes, distribui questionários pasteurizados e redige impressões de um cético. Ao se arriscar nesse mergulho, reporta:

Pois então, eles falaram disso comigo somente quando pensaram que eu tinha sido “pega” pela feitiçaria, quer dizer, quando reações que escapavam ao meu controle lhes mostraram que estava afetada pelos efeitos reais – freqüentemente devastadores – de tais falas e de tais atos rituais. Assim, alguns pensaram que eu era uma desenfeitiçadora e dirigiram-se até a mim para solicitar o ofício; outros pensaram que eu estava enfeitiçada e conversaram comigo para me ajudar a sair desse estado. [...] Os materiais recolhidos são de uma densidade particular, e sua análise conduz inevitavelmente a fazer com que as certezas científicas mais bem estabelecidas sejam quebradas (SAADA, 2005, p. 157).

De alguma forma, o sistema de crenças da feitiçaria apresenta lugares que podem ser análogos a postos de atuação em meu estudo sobre “o sistema de fé da medicalização”. O sítio em que me vi após a graduação me coloca nesse puxo-empuxo, fazer-desfazer, medicalizar-desmedicalizar. Assim, as cenas em que sou feitiçeiro ou desenfeitiçador são expostas ao longo da trama.

Cumpro também a tarefa de me oferecer em sacrifício para poder relatar as vivências por outro ângulo, o de medicalizado, o de enfeitiçado. Não em um novo experimento, mas em um esforço de trazer as lembranças.

Ocorre-me a vontade de trazê-las não em cenas com início, meio e fim, porque o passado não nos visita com essa linearidade, mas em lapsos e fragmentos. Os contatos com a medicalização, quando estive desarmado, serão agora descritos com toda a inconsistência de um sonho, com saltos e regressões, de quando estive nessa outra posição.

Pai Nosso

Eu e minha irmã mais velha estamos ajoelhados na sala. Eu tenho em torno de seis anos de idade, ela dez. Não é uma brincadeira. É uma prece. Nossa vó carola ficou surpresa como desde os quatro eu já era capaz de recitar o Pai Nosso, a Ave Maria e o Credo. Minha irmã me chamava para o quarto dela todas as noites, pois tinha medo de dormir sozinha no escuro, e me adiantava a catequese.

Mamãe, ao se deparar com a atípica formação da dupla, questiona. Interrompemos a oração e a professorinha responde:

— Estamos rezando para ele não voltar.

Ao que minha mãe retruca:

— Ele é doente, crianças!

Esse quadro rememora a infância atormentada por um pai alcoolista. Enquanto a mãe sustenta um entendimento de transtorno orgânico, um vício biológico, os filhos a contestam e profanam a origem do distúrbio como sendo um desvio moral, uma deformidade da personalidade. Como podemos perceber, a medicalização apresenta uma vertente, muitas vezes, que acoberta e desculpa. Pode ser um rótulo bem-vindo, inclusive batalhado, reivindicado a duras penas (GAUDENZI, 2016). Autismo e alcoolismo são capítulos distintos na história da medicalização. Enquanto a primeira condição luta para construir uma nova narrativa de aceitação sobre neurodiversidade ou normalidade diversa, a segunda entidade podemos situar junto da pedofilia, quando advogados apelam para a designação da perversão como doença.

Na escalada da Medicina angariando desvios comportamentais para sua tutela, as mudanças das nossas noções sobre punição e responsabilidade moral conduziram ao deslocamento de distúrbios e transtornos vários da alçada do direito e da religião para seus domínios. E, aqui, o envolvimento crescente da Medicina é por muito tempo inquestionável, uma vez que favorece a desestigmatização de muitos problemas humanos.

A psiquiatria adentrou as cenas forenses, sendo consultada para discernir sobre estados mentais mórbidos e desvios de caráter.

Vejamos que o cerne da questão não é a avaliação dos aspectos positivos e negativos deste juízo sorvido agora do bálsamo de uma neurociência, mas a relevância crescente dessa disciplina na tomada de decisões. O que está sendo colocado, então, é a convocação do olhar médico para uma sorte maior de problemas sociais, sobre os quais antes a Medicina não contribuía ou opinava, uma vez que não havia a promessa de uma suposta melhor condução (ZOLA 1972).

De fato, a psiquiatria ou a camisa de força, outra cena inesquecível, nunca ajudou papai com sua bengala etílica. Esse assombro da medicalização que está presente em momentos marcantes na história de vida pessoal do autor, não deixa de transparecer em sua vida profissional como médico de favela. Em uma infinidade de encontros, essa manifestação se dá: como quando foi presenteado ou glorificado por mero cumprimento do seu dever; quando buscou ser resolutivo, transpor barreiras, para depois ver-se desmesurado em seu afã por procedimentos; ou ainda quando sentiu que sua assinatura era o selo, a outorga para tão pouco; ou seus conselhos virgens por demais requisitados. Ao longo do trabalho, o conflito vem à tona em uma série de cenas descritas e problematizadas.

Dando prosseguimento à tarefa de colher, garimpar, filtrar e recontar:

*Sombrediagnóstica*³

Aos um ano e nove meses, ela era uma fofura. Nós dois, médicos, não esperávamos dádiva maior, naquela tenra idade, do que toda a delícia que esbanjava um bebê com várias dobrinhas nas pernas. Em visita a casa de minha irmã, meu cunhado me mostra um vídeo de um garotinho de dois anos, filho de amigos da família, com um comportamento diferente, gritos e agitação no berço, sem fofura alguma. O menino tinha quase a mesma idade de nossa filha e recaía sobre ele a suspeita de autismo.

A mesma sombra não demorou a me cobrir. Naquele domingo, retornando de viagem, as perguntas começaram a sufocar. Fofura descarta autismo? Breve pesquisa na internet coloca em minhas mãos questionários de triagem. Sua filha tem contato visual, olha nos olhos por mais que alguns segundos? Sua filha atende pelo nome? Aponta quando quer pedir algo? Brinca de maneira instrumental com seus brinquedos? Procura os amiguinhos no parquinho? Não. Não. Não. Não. E não, fofura não descarta Transtorno do Espectro Autista.

Compartilho com minha esposa. O vídeo, os questionários, as impressões e os receios. Testamos a nossa filha. No colo, converso com ela rosto a rosto, seu olhar é vago e me atravessa, não se comunica com meu semblante, independente das minhas caretas e emoções. Chamamos por todos os possíveis apelidos e alcunhas, não torce o pescoço. Vasculhamos as recordações. Uma foto de nós sentados numa sessão do supermercado, ela ao meu lado no chão do estabelecimento. Eu estou vaidoso da sua habilidade metódica em separar treze latas de leite por cores, equidistantes e com precisão. No questionário, esse feito incrível traduz-se em comportamento repetitivo, obsessão por padrões e rotinas fixas. Pontua contra ela. Outras fofuras gravadas em que agita os braços como uma foquinha excitada com bolhas de sabão se encaixam, agora, nos trejeitos estereotipados do

³ Falamos, então, de sobrediagnóstico, de diagnóstico como um erro prognóstico. No sobrediagnóstico, não há erro de diagnóstico. Por exemplo, em três situações típicas de sobrediagnóstico: se é câncer de tireóide, é câncer de tireóide; se é uma mutação da hemocromatose, é uma mutação da hemocromatose; e se é embolia pulmonar, é embolia pulmonar. Em outras palavras, o superdiagnóstico não é um "falso positivo". O que é falso é o prognóstico associado ao diagnóstico. E com esse erro, o dano de rotular (e intervir) ocorre sem melhorar a qualidade de vida (às vezes piora) ou mudar a causa da morte. No primeiro exemplo, muitos cânceres de tireoide são "histológicos" (eles não evoluem e às vezes retornam por conta própria); no segundo, genes mutados com pouca "penetração" (e não causam doença clínica); e, no terceiro, a TC helicoidal permite diagnosticar micro-embolia pulmonar "fisiológica", sem nenhum impacto como patologia. O sobrediagnóstico é um erro prognóstico. O sobrediagnóstico não ajuda a melhorar a qualidade de vida, nem altera a causa da morte. O sobrediagnóstico não previne, cura ou alivia a doença e não ajuda a morrer bem. O sobrediagnóstico vai contra os objetivos da Medicina (GERVÁS, 2013). No título da cena, o termo Sombrediagnóstica é um neologismo do autor, que remete tanto ao conceito de Sobrediagnóstico quanto ao de Espectro Autista, que possui critérios diagnósticos turvos e de margens imprecisas ou sombreadas.

diagnóstico. Minha esposa analisa tudo. Não digere em negação ou desespero. Com o mesmo pragmatismo de sempre, agenda um neuropediatra.

A consulta é doída. A médica tem vasta experiência na área e confirma a suspeita. Nossa filha não responde as interações com os chocalhos e o escore nos questionários e marcos do desenvolvimento são aquém do esperado para a idade. Minha esposa desaba em choro pela primeira vez. Nos abraçamos, enquanto ela segura a fofa na maca. Lembro de uma fala da médica sobre os prognósticos de alto rendimento em uma tentativa empática:

— Ela poderá fazer até medicina, quem sabe, e ser a estranha da turma.

Uma segunda opinião de um psiquiatra não nega ou exclui a possibilidade. Não nos ilude, mas acolhe melhor. Da segunda consulta, minha esposa não sai chorando. Liga e agenda toda a nova agenda de terapias de reabilitação. É o que se pode fazer nesse momento. Os resultados são imprevisíveis.

Em me recolho em dor interior. Passo a comer por obrigação e dormir por exaustão. O trabalho me ocupa e me impede de prever cenários drásticos, em que minha filha não verbaliza ou se automutila, em que não espelhará meu humor, minhas ironias ou a coragem da mãe, porque seu afeto e sociabilidade habitarão outro mundo.

Ligo para a minha mãe, para fazer pirraça sobre aquela injustiça. Minha mãe sabe que eu não merecia. E o melhor! Poderá sofrer em dobro por ser avó, assim tenho alguma compreensão do meu sofrimento. Digo:

— Mãe, eu fiz tudo certo, venci na vida. Sobrevivi ao papai e a bebida, me tornei médico. Levei minha irmã caçula fofa e Down no parquinho e por diversas vezes aturamos os olhares e condenações das crianças “normais”. Agora começa tudo de novo? Quando a vida fica boa?

Minha mãe não tem resposta, sempre teve, mas agora não. Seu choro é mais convulso que o meu e entrecorta sua tentativa de fala. Aquilo me consola.

A fofa começa sua ciranda de terapias. São pelo menos seis horários semanais de estimulação por semana.

Um colega que acaba de ter filho, sem saber da minha paternidade fraturada, me diz:

— Porque você não disse que ter filho era tão bom?

Sorriso amarelo e desculpo-me por não ter lhe dado dica.

Mais magro, sorumbático, insone e dissociado, em torno de sete meses depois minha esposa agenda uma consulta com um psicólogo.

Me confesso no divã. Ouço que é depressão. Saio e, ao chegar em casa, explico para minha esposa que a consulta transcorreu bem, mas que eu reconheço como tristeza e me recuso a medicar. Ela consente...

Agora eu. Agora minha família é afetada na condição de medicalizada, de paciente. Fomos em certa medida tocados por esse poder. Revivo parte do itinerário terapêutico que remonta ao diagnóstico precoce de minha primeira filha. Hoje, aos quatro anos, ela apresenta cognição, fala e linguagem, bem como afeto e sociabilidade, sem rastros autísticos. Enfim, tem desde piolhos a ciúmes do irmão mais novo.

Teve alta de todos os tratamentos, inclusive do psiquiatra. Foi uma decisão dos pais, por não crerem que havia maior probabilidade da fofa desenvolver transtornos de ansiedade e depressão na adolescência do que as demais crianças neurotípicas. Certos de que se o cuidado preventivo para tal fosse o investimento em artes, ciência e cultura, no sentido de prover um repertório de caprichos, a vida normal lhe permitiria ser exposta a tudo isso com o maior incentivo e entusiasmo possível da família, não sendo necessária a curadoria por um médico. Para tanto, a conduta mais acertada era abandonar o estigma.

Por ora, não podemos ter certeza se a fofa era uma maturadora tardia, se foi falta de estímulo e muita tela e virtualidades, se apenas entrou na nebulosa do espectro e atravessou aquela cortina de fumaça, se as terapias lançadas fizeram toda a diferença e a descoberta foi a tempo, se o parto cesáreo retirou preciosas semanas de desenvolvimento neurossensorial intraútero, se a mãe foi geladeira⁴ e o pai privilegiou o trabalho e o lazer. Estudos recentes sugerem que a herança genética⁵ parece ser a principal implicada.

Uma série de estudos tratam da mudança nos critérios diagnósticos e do aumento da prevalência dessa desordem nas últimas décadas (HANSEN, 2015; IDRING *et al.*, 2014; STEINBERG, 2012). Em que pese o prognóstico favorável observado em curto prazo nesse caso isolado, inevitavelmente remete aos pais a possibilidade de sobrediagnóstico.

Com essas duas histórias da vida do autor, nas quais é atravessado pela medicalização, pretendi indicar um certo modo de praticar a autoetnografia e a cartografia,

⁴Durante os anos 50 e 60 do século passado, houve muita confusão sobre a natureza do autismo e sua etiologia, e a crença mais comum era a de que o autismo era causado por pais não emocionalmente responsivos a seus filhos (LEANDRO, 2018).

⁵ O escore de risco poligênico aplicado para TEA foi associado a características de TEA entre crianças da população em geral. Os riscos genéticos para TEA podem estar associados a atrasos em alguns domínios do desenvolvimento neurológico, como habilidades grosseiras de linguagem motora e receptiva (TAKAHASHI, 2020).

conjugando experiências que influenciaram na escolha do tema como uma tentativa de lhes dar visibilidade e intensidade tal como vivida. Passaremos, no próximo capítulo, a um outro platô dos encontros do médico de favela com o fenômeno da medicalização.

4 SABERES-PODERES E A MEDICALIZAÇÃO

4.1 DO SABER LEIGO

“O Homem nasce livre e por toda parte se encontra acorrentado”

Jean-Jacques Rousseau

— *Deixa que eu mesmo faço, Doutor!*

O moço é açougueiro, vindo da Paraíba. Possui chagas nas pernas que lhe atrapalham e muito a vida. Apesar dos 35 anos, apresenta veias incompetentes em fazer a circulação dos membros inferiores fluir. Daí que evoluiu para a formação de úlceras de estase pré-tibiais, ou seja, feridas de difícil cicatrização nas duas canelas. A bota do trabalho roça bem nessas aberturas da pele. Somam-se a isso dores, secreção e chances de infecção.

Comparecia à clínica três vezes por semana para a realização de curativos, tomava seus remédios e batalhava junto a previdência social para manter-se apoiado pelo Estado. Diante da lenta recuperação das lesões que mantinham seus bordos territoriais sem recuos visíveis, optou-se por colocar outro tipo de bota do moço.

A bota de unna é um curativo a base de óxido de zinco que realiza uma compressão das pernas, substituindo o papel das paredes e válvulas vênulares, facilitando o retorno do sangue. Assim, a rotina do moço se modificou, porque o novo par de botas pode ser trocado a cada sete dias e já na primeira troca observou-se um recorte menor das sanguinolentas placas geográficas. Na segunda semana, o moço apareceu com a bota modificada. Havia retirado a porção que cobria os pés e tornozelos, referindo incômodo. A conduta imediata do doutor foi de repressão e julgamento como má prática, imaginando que a violação da cobertura levaria a sua ineficácia. No entanto, se surpreendeu com novo recuo das fronteiras ulcerativas.

A cada troca, o moço mantinha uma postura ativa ao suspender a perna para facilitar o seu enfaixamento, cortar o esparadrapo, enrolar a atadura final de acabamento, de maneira que o médico passou a prescindir de um ajudante durante o procedimento. Apesar da evolução favorável, por vezes o encontro era dificultado pela sobrecarga da agenda do médico e o moço esperava por até 4 horas até que ele pudesse se dedicar ao seu caso.

Por volta da oitava troca, teve início um debate a partir de uma brincadeira dos dois, na qual sugeria-se que moço, dado o grau de colaboração e a audácia de partir o curativo, talvez pudesse realizá-lo sozinho em sua casa, desde que lhe fossem fornecidos os insumos. Naquele dia, a hipótese terminou mesmo como uma piada. A regulamentação da confecção da bota de unna exigia uma capacitação profissional em uma unidade especializada, com dois turnos de treinamento prático e teórico, permitindo, pois, a outorga através de publicação no diário oficial do município. Apesar de trabalhar de avental branco, não ter medo de sangue, ser dotado de uma destreza para destrinchar um boi inteiro em dezenas de cortes precisos com facas tão afiadas quanto bisturis, o moço não parecia atender essas credenciais.

Naquele grande posto de saúde, dos vinte oito médicos, trinta enfermeiros e quatorze técnicos de enfermagem, apenas dois profissionais tinham a licença, o que restringia o acesso da população a um cuidado que mostrava resultados por demais satisfatórios. Foi então que, em um dia caótico, de grande pressão assistencial e muitos atendimentos, que o médico resolveu arriscar e, como contrabandista, o moço levou duas caixas do rolo para calçar a si próprio.

Qual não foi a surpresa do médico na semana seguinte quando o açougueiro encostado apareceu com botas de unna amputadas a sua maneira muito justas e bem aplicadas. O trato continuou. Agora a liberação passara a ser quinzenal. Em contato telefônico e por mensagens, o paciente enviava as fotos do seu progresso e recebia o aval do seu fornecedor clandestino, até que se curou sozinho na décima sexta semana.

Uma análise mais distanciada da narrativa permite identificar, em seu bojo, quatro elementos maiores que suscitam a discussão no universo proposto entre medicalização e medicina de família e comunidade: 1) o antiprotocolo, exemplificado pela postura do médico em prescindir da necessidade do profissional devidamente capacitado; 2) a concentração de tecnologias, que envolvem um curativo secular cercado de entraves para aumento de oferta à população; 3) a aposta na potência do paciente, por meio da migração de uma tutela aprisionadora para uma tutela autonomizante; 4) o embate entre o saber técnico e o saber leigo, ou a explícita diferença entre o modelo ideal e a prática eficaz, presente entre a modelagem criteriosa na clínica e a adaptação da bota realizada pelo paciente.

4.1.1 Do Antiprotocolo

A primeira dimensão encontra eco no texto de Cunha, quando discorre sobre os problemas do protocolo tradicional:

[...] os protocolos herdaram da instituição hospitalar o princípio de que o aspecto biológico do Sujeito doente é o mais relevante para o sucesso do tratamento. Ou seja, uma vez classificado o Sujeito como diabético, bastaria seguir corretamente as instruções de exames e medicações que, automaticamente, obter-se-ia um ótimo resultado (CUNHA, 2004, p. 151).

O médico, no entanto, não é um cientista de ambiente laboratorial ou um gestor de gabinete, é um assistencialista constantemente atravessado por desfechos *in vivo*. Dotado de uma observação crítico-reflexiva e de uma prática argumentativa, desfruta de suficiente dose de autonomia para decisões compartilhadas, que o vínculo permite serem tomadas. Ora, por que continuar preso a limitações burocráticas que, na prática, não se mostraram ameaçadoras da integridade e segurança do(a) paciente? Se o mesmo se mostra capaz de se autogerir e se autocuidar (como quando os incentivamos a, por exemplo, aplicarem insulina sem depender de terceiros, a realizar exercícios fisioterápicos no domicílio), por que deveriam se comportar como fiéis pacientes de uma sala de curativos, perdendo manhãs inteiras, quando podem se remediar no conforto do lar?

No início, quando da implementação do novo serviço de bota de unna naquela unidade, houve uma grande preocupação em relação a um curativo que se assemelhava a um gesso, durava sete dias até nova avaliação e poderia ter complicações graves, como a isquemia, por comprimir e reduzir o aporte de sangue através do fluxo arterial para a perna afetada pela úlcera, seguido de dor excruciante e risco de necrose e amputação.

Pacientes, então, passavam a ser cuidadosamente triados para se tornarem candidatos elegíveis. Uma entrevista e um exame clínico, incluindo a medida do índice tornozelo braquial, que consiste em uma razão da pressão arterial dos membros superiores sobre a dos membros inferiores, eram realizados para contraindicar o procedimento nos pacientes com doença arterial periférica, nos quais os riscos poderiam superar os benefícios.

Diante da impossibilidade de se calcular o coeficiente por razões técnicas, como lesão na localização da ausculta do pulso ou outras alterações como edema e dermatoesclerose, convencionou-se solicitar um exame complementar, como a

ultrassonografia com doppler arterial, para descartar a possibilidade dessa contraindicação relativa.

Esse percurso metodológico da introdução de uma nova prática é retratado de maneira resumida para que entenda-se como a instrumentalização protocolar é aplicada, no início da operação, com todo o rigor científico e como ela se desmancha em suas diretrizes ao longo da experimentação profissional, como também pela dos pacientes. Assim, são infringidas as leis que regulamentam aquele procedimento não por preguiça, desleixo ou qualquer outro motivo torpe, mas pela observação das reações em cada corpo e no conjunto dos corpos, ou seja, na resposta idiossincrática dos indivíduos e na contemplação do montante de resultados favoráveis como pelos insucessos na evolução das lesões ao se olhar todo o grupo de pacientes.

Com isto, não se pretende justificar uma irresponsável oferta de serviço de saúde baseado na tentativa e erro, mas compreender que um curativo, por mais que envolva requisitos técnicos, sofre inevitavelmente variações a depender do operador que o confecciona e do paciente que o utiliza.

Muitos dos pacientes, por exemplo, já haviam feito esse tipo de curativo em rede privada com técnicas que, para não dizer um tanto quanto distintas, não empregavam o repouso de pelo menos vinte minutos com o membro inferior elevado, reduzindo, assim, o inchaço, uma etapa fundamental para ter êxito no enfaixamento compressivo. Essa é só uma nuance que, a depender do julgamento, pode ser interpretada como erro por imperícia, mas que aqui é colocada para demonstrar, e não defender, a heterogeneidade de emprego de um cuidado relativamente simples.

A aparente ousadia de permitir ao paciente que aplique em si mesmo a bota é minimizada pela rede de segurança que se constrói a partir do contato telefônico, da possibilidade de envio de imagens, o que significa uma ampliação do acesso. Orientações sobre a retirada do curativo diante de dor intolerável e o respeito sobre a condição de prestar satisfação sobre o estado das feridas permitiram fortalecer essa rede e manter o contrato social firmado naquela madura relação médico-paciente.

4.1.2 Saúde Médico-Especialista-centrada

Em um manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas, de publicação do Ministério da Saúde, voltado para a reabilitação da hanseníase, é possível extrair duas

colocações que parecem se confrontar e realçam o tipo de conflito que o médico sentiu em sua prática:

Esse procedimento é restrito a profissionais especializados e deve ser realizado sob indicação médica.

Receita da bota de Unna: 100g de gelatina em pó, sem sabor e cor; 350ml de água destilada; 100g de óxido de zinco e 400g de glicerina.

O médico sempre utilizou, em sua prática, botas de unna manufaturadas, adquiridas pela secretaria municipal de saúde e distribuídas para poucas unidades com equipe devidamente capacitada no rol de competências e percurso já exposto. Em muitas ocasiões, os trâmites que envolviam a dispensação desse tipo de insumo – comprado via licitação, estocado, e capilarizado conforme atendimento às normas, que exigem alimentação de informações atualizadas sobre estágio evolutivo das lesões em um portal eletrônico – muitas vezes conduziram a atrasos na renovação do pedido e impedimento das trocas, retrocedendo na cicatrização e retardando a cura.

A advertência que sinaliza a restrição a profissionais especializados e a indicação médica ilustra bem o grau de controle sobre o procedimento que, de medida ética, regulamentar e técnica, em nossa análise, desvia-se para inimiga inerente do seu vicejar em sociedade. Isto porque condiciona aos profissionais que não executam o procedimento a sua indicação, impede aqueles reais responsáveis pelo desenvolvimento rotineiro de curativos, os enfermeiros e técnicos de enfermagem, o seu empoderamento sobre o ato e isola em subespecialistas, como cirurgiões vasculares e angiologistas, a tutela sob a perícia prescritiva, mitificando um unguento à base de atadura, óxido de zinco e gelatina, que deveria ser arma do povo para lidar com seus machucados de décadas. Deve-se, ainda, enfatizar outra interposição entre doente e o cuidado que a indústria farmacêutica faz ao comercializar, sob a égide de marcas e patentes, marketing e propaganda, um produto de matérias primas básicas e elevar o seu custo, torná-lo referência, condenando o preparo artesanal do emplastro e, por fim, restringindo o acesso.

4.1.3 Autonomia para Auto-medicalização?

A transferência de tecnologia para usufruto dos pacientes em seus próprios corpos pode ser considerada uma prática extremamente libertadora em determinados casos. Algumas condições pró-trombóticas, ou seja, que favorecem a ocorrência de coágulos sanguíneos, exigem a tomada de medicação anticoagulante *ad eternum*, como a warfarina, o que, por sua vez, necessita de monitoramento constante, por meio de coleta de exame de sangue (coagulograma), dado o potencial risco de sangramento que o fármaco causa.

A possibilidade de realizar esse mesmo teste por meio da obtenção de uma gota de sangue capilar e de processar o resultado em aparelho doméstico (como no caso dos glicosímetros empregados para hemoglicoteste usado por diabéticos no controle do seu status glicêmico) foi um grande ganho de autonomia para os pacientes anticoagulados.

Assim, a posse, uso e manuseio de equipamentos e insumos médicos pelo usuário, quando instruído e bem indicado, representa importante avanço no cuidado. Muitas vezes, como no caso descrito, restringe-se a pequena parcela de pacientes devido ao custo elevado no caso, a compra do aparelho e das fitas de aferição.

Mas, e quando essa tecnologia é barata e acessível, qual será o real ganho e potencial dano? Ao longo do século XX, os pacientes detiveram em suas casas poucos itens do arsenal médico para sua automedicação, autodiagnóstico e autotratamento. O termômetro de mercúrio para determinação da temperatura corporal e diagnóstico da Febre talvez tenha sido o utensílio mais simbólico dessa incorporação doméstica. O uso do termômetro se universalizou, adquirido nas farmácias sem autorização ou dispensação que dependesse do aval médico. As pessoas eram, afinal, capazes de suspeitar da condição febril, um sinal, entender a escala em graus celsius que acusava febre e até mesmo remediar diretamente essa desregulação por meio de medicação antitérmica.

Talvez essa tenha sido uma das principais medidas de empoderamento popular a fim de conter um sintoma tão comum e prevalente, com grande afetação de qualidade de vida, capaz de provocar quadros agudos de deterioração do estado geral da pessoa e que passou a poder ser remediado pelo pai, pela avó, vizinho ou pelo próprio doente febril. A ambiguidade dessa independência é relembra na releitura de Illich:

Finalmente, e mais importante, o que agora está sob o nome de autoajuda ou autoatendimento, é um cuidado com tendência altamente ambígua. Atualmente, o autocuidado é usado como uma etiqueta eufemística para muitos programas lançados por profissionais treinar seus pacientes na automedicalização de suas vidas: afira sua pressão arterial, sinte seus seios, teste sua urina, controle suas

calorias e faça a manutenção corpo como você mantém seu carro...o revendedor de peças vai lucrar com isso. "*Doctor yourself!*" É o slogan final em um mundo medicalizado (ILLICH, 1982, p. 470).

Se o termômetro foi o aparelho adotado como instrumental obrigatório do lar, trivial do cotidiano, como panela de pressão ou chave de fenda, a peça hospitalar mais moderna familiarizada a partir do século XXI foi o aparelho de aferição de pressão arterial. Com isso, ocorre a vulgarização do seu emprego, as correlações clínicas e diagnósticas inadequadas como visto em Gusso *et al.* (20196):

Frequentemente, as pessoas nomeiam seus sofrimentos diversos de “pressão alta”, com indiscutível confusão entre os termos “hipertensão”, “tensão”, “pressão” e “pressão alta”. Tensões e pressões de diversos tipos permeiam a vida de todos, porém nem sempre são nomeáveis, mas a pressão alta nomeou as anomias vivenciais. Esta observação também está fortemente assentada na literatura, que consagra a HAS como fator de risco; doença; doença que não causa sintomas, mas para a qual há tratamento; doença que passa a dar sintomas a partir do diagnóstico, culminando em um “fator de risco sintomático” na experiência de vida de cada um. Pesquisas qualitativas indicam que boa parte dos indivíduos rotulados foi diagnosticada durante momentos de vida peculiares. É frequente o relato de diagnósticos em pronto-atendimentos durante crises e do uso indiscriminado do esfigmomanômetro automático durante eventos estressantes do dia a dia. Além disso, na maior parte das vezes, a medida da PA é feita de forma tecnicamente incorreta. (Gusso *et al.*, 2019, p. 4176)

Como o médico já não é mais o carro-chefe do fenômeno, o perigo da automedicalização está no fato de viver deixar de ser uma jornada contemplativa sobre o conhecimento do próprio corpo, da vivência das dores e mediação dos riscos.

4.1.4 O embate entre o saber técnico e o saber leigo

Em “— *Deixa que eu faço Doutor!*”, é inequívoco o risco de delegar a um subespecialista, o cirurgião vascular ou angiologista, a indicação de determinadas práticas que acabam por ficar retidas a uma ou duas tipificações de profissional. Se a indicação envolve esse tormento para o acesso, a execução também resvala em restrições, porque, se o aval, o pretexto, a justificativa é um estorvo, a aplicação tende a se configurar como uma regra de exceção.

A desconstrução introduzida pelo paciente que se mostra efetivamente capaz de executar o curativo representa um questionamento ainda não respondido por aqueles que defendem o trâmite de gabinete para a capacitação de profissionais na técnica, para aqueles que defendem sua inércia assistencial protegidos por essa estagnação burocrática.

No serviço público, esses fluxos tornam-se ainda mais perversos, deixando os pacientes que necessitam desse cuidado específico em uma espécie de limbo. Não há interesse do cirurgião vascular em se apropriar do procedimento, ele mesmo entende que se trata de uma intervenção básica, devendo-se dedicar a abordagens mais complexas. A doença venosa é uma das patologias mais prevalentes no mundo e conseqüentemente as úlceras de estase por insuficiência venosa respondem por grande parcela desse tipo de ferida. Se o único profissional chancelado para tal não tem a iniciativa de absorver a demanda, bem como os demais médicos generalistas, angiologistas e enfermeiros não a veem como uma atribuição, as úlceras ganham um contorno dramático de problema de saúde pública. Esse hiato assistencial acontece como uma série de condições, nas quais o subespecialista tenta repassar para o generalista, enquanto o mesmo, como num jogo de empurra, não tem intenções de ganhar resolutividade. São, assim, os lipomas desprezados pelos cirurgiões gerais, biopsia de pele retornadas por dermatologistas, transtornos mentais comuns que batem nos CAPS e ricocheteiam na APS sem absorção dos casos. Para não mencionar a população de negligenciados, esquecidos, evitados, como os decrepitos, adictos, transexuais, presidiários, dialisados, paliativos, obesos mórbidos, soropositivos, desalojados, superidosos, esquizofrênicos em cárcere privado ou acamados.

Negando-se a ser excluído, o moço pede para sair de uma tutela aprisionadora para uma tutela autonomizante (MERHY, 1998) e rompe com esse jogo de empurra. Seu saber leigo, sua sabedoria prática, mostra-se suficiente para uma prática eficaz, ainda que não necessariamente o modelo ideal (LUZ, 2007).

4.2 DO MEIO MEDICALIZANTE

"Persistindo os médicos, os sintomas deverão ser consultados"

Tom Zé

Aquele da Resignação

A moça é a sexta jovem no ano com sintomas ansiosos e depressivos. Sabendo previamente do quadro, agravado por lesões cortantes em antebraço causadas por automutilação, agendo para o fim do dia. Vem acompanhada do namorado, que aguarda fora do consultório. O diálogo não flui bem a princípio. Penso que vou terminar com um encaminhamento de gaveta para o serviço especializado em saúde mental, ou uma breve canetada de antidepressivo. Até que ela resolve contar os tantos porquês. Não sei se foi por uma janela de identificação, que atravessei com filmes e séries da cultura pop, que palpitei, baseado no seu visual moderno com piercings e mechas fluorescentes, ou pelo tempo que decorreu e o silêncio perdeu para a dor.

Ao fim daquela primeira consulta, a moça tem uma prioridade a ser atendida. Precisa dormir. Não o faz há três dias, está a ponto de surtar por manter os olhos vígeis nas madrugadas. Já teria feito uso de uma série de medicações sem sucesso. Opto por um antigo psicótico com grande potencial sedativo. Construo uma alça de segurança com o acompanhante, em relação a uma tomada escalonada e gradual de aumento da dose até o efeito desejado.

A moça dorme, enfim. Me assusta o quanto dorme em mensagem telefônica. Mas desperta e agradece. Tentará suicídio futuramente com a tomada de dez comprimidos, mas já terá desenvolvido resistência o suficiente para a dose não alcançar uma toxicidade letal. Os encontros continuam semanais ou a cada quinze dias, no máximo. Ajusto seu esquema composto por três psicotrópicos. A especialista concorda com o coquetel. Ela não vincula ao serviço de psicoterapia, sigo como sua referência assistencial.

Já são meses de acompanhamento, conversas sobre tatuagens e filhos, renovação de receitas, acionamento da seguridade social, absenteísmo laboral. Uma frustração lateja em mim. Não consigo ofertar muito além do que as pílulas que discordo desde a sua farmacocinética até sua indicação, nem mesmo sua retirada.

O envoltório, aqui, é medicalizante, porque, apesar de o médico de favela conservar uma descrença científica nos resultados do uso de psicotrópicos, como os inibidores da receptação seletiva de serotonina (IRSs), no caso, a fluoxetina, acaba por agir de maneira contrária e recorre frequentemente ao emprego dessa classe de drogas.

Está convencido, pois, de que os IRSs não possuem mecanismo de atuação específico contra os transtornos depressivos, já que a droga seria a responsável por provocar o desequilíbrio do neurotransmissor no cérebro, ao invés de corrigir (GOTZCHE, 2016; WHITAKER, 2017). Conduz-se, na verdade, a estados de abstinência em sua retirada, que são interpretados erroneamente como recidiva da doença, o que produz uma confusão em relação a etiologia dos sintomas e sedimenta a cronicidade dos quadros.

Está claro também para o médico de favela, como evidencia meta-análise (LENZER, 2004), que medicamentos como a fluoxetina oferecem uma gama de efeitos colaterais estimulantes, como insônia, agitação, agressividade e ataques de pânico, como potenciais riscos, podendo levar a suicídios e violência, quando empregados no tratamento de transtorno depressivo de crianças e adolescentes.

Na falta de recursos para a abordagem do sofrimento psíquico, na falta de tempo, lança, o médico de favela, mão de uma conduta padrão, naturalizada nos ambulatórios médicos, que consiste no enquadramento daquela melancolia como uma síndrome depressiva e o direto acoplamento de um cuidado rápido e consagrado: a prescrição de um fármaco. Mesmo que seja tal conduta legitimada através de marketing, fraude em ensaios clínicos, compra de médicos especialistas e lobby político e jurídico ante escassez de evidências sobre benefícios (GOTZCHE, 2016).

Se o uso desse esquema não era de todo um tratamento eficaz, na visão do médico de favela, as alternativas que atendiam aos cuidados prescritivos, bem como suas indicações protocolares e a concordância de colegas de referência na psiquiatria trouxeram angústias outras. Em dado momento do acompanhamento da moça, optou pelo uso da levomepromazina 25 mg, um antipsicótico típico com alto poder sedativo. A seara que envolve o uso *off label* de psicotrópicos permite que utilizemos essas poções para um quadro como o da moça. Apresentava insônia grave, estava há três dias sem dormir e o efeito adverso da substância era o efeito desejado. A levomepromazina é uma droga da mesma classe que a clorpromazina, o primeiro psicofármaco, descoberto por volta de 1952, na busca por um anestésico potente para uso em cirurgias. Essa droga provou, em laboratório, tornar ratos esfomeados e ariscos em animais inertes, dóceis, incapazes de reconhecer estímulos dolorosos e refugar eletrochoques (WHITAKER, 2017).

Há uma grande discussão quanto a centralização dos transtornos mentais pela disciplina da psicofarmacologia, que é de exercício exclusivo dos médicos. No entanto, o aspecto chave que a cena deve nos remeter não é a crítica à eficácia dos antidepressivos ou antipsicóticos, mas o médico de favela como refém de uma atmosfera medicalizante.

A escolha dessa memória deve-se a amarra a práticas que, mesmo diante da crítica profissional, mesmo a partir de uma noção de maleficência, são condutas que voltam a se repetir e, pelo contexto, seguem incólumes, apesar de toda a contestação que incitam. Caso eu procure me ater a meus princípios, que orientam o uso parcimonioso desse tipo de medicação, seria de suma importância, por exemplo, contar com outra sorte de recursos que a rede falha em ofertar. Espaços adequados para a prática desportiva e de atividade física, suporte de psicoterapia de fácil acesso, leque de práticas integrativas e complementares rico com possibilidades de se realizar acupuntura, aromaterapia, fitoterapia, yoga e meditação, musicoterapia, auriculoterapia, terapia em grupos e dentre outras (BRASIL, 2006).

Os dois primeiros fluxos representam caminhos pedregosos para meus pacientes. As demais dependem de iniciativas acrobáticas dos profissionais, tanto no quesito busca por capacitação nas referidas técnicas quanto na aplicação das mesmas dentro da agenda do serviço. As equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que se fundamentam no agregado de saberes da interdisciplinaridade para alcance da integralidade e possuem um segmento destinado ao apoio em cuidados na saúde mental, encontram uma dificuldade enorme de se consolidar como uma política pública, como um dispositivo valorizado pela gestão na maioria dos municípios.

Para além da cultura da queixa que culpabiliza a fragilidade da rede, da escassez de material humano com formação diversa, outros impulsos operam na ambientação do meio medicalizante. O tempo de consulta que exige uma escuta paciente e o emprego de terapias breves, quando possível, o número de encontros nesses casos que devem ser acompanhados mais de perto, com consultas semanais ou quinzenais, exige uma dedicação que a equipe e o médico têm grande dificuldade em entregar, acomodar em suas agendas.

Fatores relacionados ao conhecimento prévio do próprio paciente sobre o manejo tradicional de transtornos mentais significam um apelo decisivo para a escolha da medicamentação como uma medida pertinente, aceita e rápida de se executar, já que o tempo, também no universo da saúde e nas relações nele construídas, parece ter um valor inestimável.

Crê o médico de favela que, enquanto os mercadores da dúvida (ORESQUES, 2010), representados pelos conglomerados farmacêuticos e sua espúria relação com a psiquiatria,

persistirem na ventilação de inverdades sobre as benesses da psicofarmacologia, essa prática continuará hegemônica como o cerne do tratamento de desvios e transtornos, sofreres e percalços da vida, encontrando reverberação entre os médicos generalistas. A aceitação da correlação entre o tabagismo e o câncer de pulmão teve retardo de mais de cinquenta anos até a tomada das primeiras medidas regulatórias. O aquecimento global é o alvo atual da sementeira de incertezas a despeito das evidências.

As demais maneiras de se encarar um episódio depressivo, a tristeza, o luto, os atrasos, a timidez, a euforia ou a própria psicose continuarão desacreditadas e restritas a profissionais ecléticos, extravagantes e periféricos. Essas novas saídas, formas de lidar, estariam inclusive cerceadas, impossibilitadas de desabrochar de maneira extraordinária.

Ao longo desses dez anos, o médico de favela pôde observar que todos os pacientes psiquiátricos medicados sofrem algum grau de lobotomia química. O limite entre a dose tóxica, capaz de causar inércia a estímulos sensoriais, letargia e estupefação, e a dose terapêutica, que é capaz de reduzir os sintomas, é uma janela tênue, de alcance muito difícil, pois o organismo trabalha adaptando-se às dosagens, gerando resistência e dependência crescente de acréscimos na titulação.

Assim, as formas incubadas, pouco propaladas, das famílias acolherem seus entes portadores de transtornos mentais, através de uma redescoberta de afetos e às custas de uma ética dispendiosa, os esforços da sociedade para reintegrá-los, a reviravolta para que os saudáveis não padeçam por longos prazos desnecessários após quadros agudos de perda de controle do psiquismo, as maneiras dos serviços de saúde abordarem cada vez de forma mais humanística, holística essas queixas, os meios do Estado conseguir mitigar gatilhos socioeconômicos como a concentração de renda, o desemprego, o vácuo recreativo e educacional da população constituem, todos, elementos em perspectiva para a mudança desse cenário.

4.3 DA AUTORIDADE SANITÁRIA

Joelhos de Sucata

O senhor, pelo ranger de suas dobradiças, deve ter perto de sessenta. Destes, mais da metade foram dedicados a uma empresa de reciclagem. O cargo do senhor: caçador de tesouros. Há alguns anos, a companhia fechou as portas e o dono português cruzou novamente o atlântico sem pagar os direitos dos empregados. O senhor, então, se viu perdido, mas, como caçador inveterado, não viu outra forma de andar a vida, não fosse esmiuçando descartes à procura de ouro, o que melhor sabia fazer. O grande problema aqui foi o depósito, pois, não tendo mais o pátio para armazenar o material, a saída foi estocar em casa. Tendo ainda pouca saída para as mercadorias, com poucos compradores para suas relíquias, vendendo quatro a cinco baldes de plástico na feira de domingo e com um comprador de motor de geladeira aqui e outro que ainda barganha por um cavaco de ferro ali, inviabilizando transações, a pilha de achados se avolumou.

Foi aí que começaram as desavenças com vizinhos e familiares. O filho do senhor solicita o apoio da equipe de saúde da família, entendendo que o caso se tornara uma questão de saúde. O médico da favela, que já estivera com o senhor em pelo menos quatro consultas, tratando da sua artrose nos joelhos, que produziam as mais altas crepitações que ouvira ao flexionar e estender as articulações, seguiu com seu residente e a agente comunitária para a visita domiciliar, na semana seguinte ao recebimento daquela inusitada demanda.

Na véspera, estudou as possibilidades de intervenção e, confiante na relação médico-paciente, que havia cultivado durante as infiltrações nos esfarelados joelhos e dispensação de analgésicos, e numa lembrança do senhor sempre muito cortês e agradecido, mesmo quando demorava a ser chamado para o atendimento, pensou em possibilidades diagnósticas de transtorno-obsessivo-compulsivo, em indicação de drogas psicotrópicas e apoio psicológico, em até mesmo trazer o insight para o seu paciente, com toda a técnica de comunicação clínica que havia aprendido e do alto da sua palavra médica de autoridade sanitária, que aquele amontoado de lixo era um grande risco para todos, que o acúmulo havia se tornado patológico.

A equipe foi muito bem recebida, naquela manhã. Teve café e uma reunião familiar na pequena sala. Todos tiveram sua fala. Os filhos se queixaram daquilo que parecia

óbvio, que o pai era um acumulador de sucata e a situação exigia uma medida drástica e definitiva: o senhor tinha que se livrar daquelas bugigangas e, ainda, interromper suas andanças diárias de coleta, pois, mesmo depois de uma limpeza geral, seria capaz de restaurar o caos em semanas. O médico da favela trouxe, então, seus diagnósticos e terapêuticas, mais complexos para este mal do que aqueles empregados nas juntas do acusado, que, apesar de aparente relutância, aceitou começar com o desapego das pilhas de ferragens e entulhos de obra da calçada.

Café digerido em estômagos contorcidos pela atmosfera da ocasião, conduta traçada, decisão compartilhada, parte a equipe, com planos de retorno em sete dias, para averiguar a acordada nova arquitetura minimalista da calçada.

Em reunião de equipe, dois dias após a visita domiciliar, a agente comunica que o senhor foi agressivo com a esposa e filhos após investida dos profissionais de saúde, que não ia se desfazer de tudo aquilo que encontrara de uma hora para outra, que o doutor, como ele mesmo assumia, não entendia desse tipo de negócio. Comunicava ainda que os filhos pensavam agora em sair de casa junto da mãe, acionar outros órgãos competentes, como a companhia municipal de coleta de lixo ou vigilância sanitária, e que os transtornos no perímetro do lixo urbano eram tantos que os vizinhos ameaçavam atear fogo naquele mar de resíduos.

Passados alguns meses, o senhor procurava a clínica novamente por dores que insistiam em limitar suas jornadas do trabalho. O médico da favela examinava e palpava aqueles joelhos deteriorados, condenados pela ortopedia, mas funcionais para um errante catador de artefatos fora de uso, enquanto dava o aceite ao convite para mais uma xícara de café.

Em *Joelhos de Sucata*, o médico é convocado para impor a lei e a ordem. Na figura maior de autoridade sanitária daquele distrito e diante de um problema que tem íntimos transbordamentos para a saúde pública, espera-se, enfim, que o efeito da fala do médico dê algum direcionamento pragmático ao imbróglio.

Misturam-se os papéis de tal forma que o fracasso define o prognóstico da intercessão. Tenta-se o caminho da patologização de um ofício, valendo-se da confiança depositada na relação médico-paciente. Tenta-se a sensibilização do suposto doente para uma situação periclitante a partir de um olhar externo e com dotes acadêmicos. Acaba-se por agudizar o conflito familiar. Esse fim trágico era, de fato, inesperado, dadas as circunstâncias do atendimento?

A audácia do médico de favela em projetar o impacto de uma visita na desconstrução de um hábito, cultivado ao longo de décadas, que não se esvai diante de dores físicas, não é um exemplo isolado dessa noção superestimada do poder de sua palavra. O médico como remédio parece não ter reprodutibilidade aqui (BALINT, 1988). A mesma petulância é rotineiramente empregada em pensar que, num par de encontros anuais, se convenceriam os pacientes a ingerirem cápsulas diariamente até o fim das vidas. O mais espantoso é que, diante da recorrente falha na adesão ao esquema da terapia medicamentosa, ainda se surpreendem, os médicos, com a desobediência dos usuários.

Constantemente, os médicos de família e comunidade se deparam com uma infinidade de situações para as quais não tiveram preparo adequado, nunca enfrentaram semelhante ocorrência. E deles, se espera a conduta. Na maioria das vezes, o médico de favela saiu-se com promessas, pendências e planejamento de medidas futuras, noutras, agiu de maneira impulsiva, intempestiva. Em grande parte desses casos, exigem-se manobras criativas, ousadas, jamais empregadas e com chances de êxito imprevisíveis. Em *Joelhos de Sucata*, um pedido de orçamento pelo conjunto total de sucatas foi colocado na mesa, por exemplo. O médico de favela cogitou comprar o estoque, tamanho o impasse e complexidade do cenário. O senhor, porém, não colocou preço de venda. Talvez fosse incalculável, impagável, ou ainda inegociável.

Esse posto de autoridade que o médico de favela assume permite um acúmulo considerável de prestígio ao longo do tempo. Diz-se do médico dedicado, assíduo, construtor de vínculos, incorporador e praticante dos princípios da especialidade. Sem extrapolar sua função como médico, portanto, sem maiores esforços, com o passar dos anos, esse médico de favela atingirá patamares de figura icônica para a comunidade.

Desde já, com poucas temporadas de compromisso junto a uma população, são trazidos problemas para que o médico de favela aconselhe e apazigue desde furtos de botijão de gás até perdas da libido. Em algum momento, pois, esse tipo de infortúnio se enquadrou como transtorno da saúde e uma cura foi prometida.

Em uma APS modelo, tendo em vista um cenário de formação ideal, trabalhando-se com recursos humanos advindos de uma residência médica credenciada, pretende-se, a partir de serviços em instalações descentralizadas, vizinhas ou até incrustadas no seio de cada bairro e comunidade, ofertar cuidados em saúde através de profissionais especializados nas categorias mais prevalentes de doença: manejar a maior parte dos problemas de saúde; aplicar uso racional das diferentes tecnologias; dedicar um acompanhamento de longo prazo de cada paciente.

São os mfc, ainda, arregimentados com ferramentas como terapia familiar e abordagem comunitária, sintonizados com as redes de atenção, dentre outras competências, para responder de maneira diferente, no sentido de desmedicalizar a população (GUSSO; LOPES, 2012).

É preciso ter em mente que esse médico, notadamente na experiência brasileira, não está sozinho, mas inserido em uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde.

Apesar do incremento, nos últimos anos, do número de médicos com formação/titulação na área, fruto de estratégias como o Programa Mais Médicos para o Brasil (com seus eixos de provimento emergencial e formação na graduação e residência médicas), de experiências municipais e outras estratégias de ampliação e qualificação das residências em MFC, a grande maioria dos profissionais atuantes nas unidades de atenção básica, no Brasil, são generalistas sem formação específica para tal, desenhando um panorama de ocupação por especialistas em MFC de aproximadamente 14% de um total de 42 mil vagas nas equipes de saúde da família (AUGUSTO, 2018; COELHO *et al.*, 2019).

Como parte da estratégia saúde da família, uma política pública em saúde, a MFC segue modelos exitosos em países desenvolvidos que optaram por uma atenção primária forte, com médicos generalistas como base dos seus sistemas de saúde. Com seu aparato estrutural e humano íntimo do território de cuidado, a MFC busca entregar serviços condizentes com princípios do sistema único de saúde: universalidade, integralidade e equidade, tendo, dentre as suas diretrizes de trabalho, atividades de promoção e prevenção, atenção curativa e reabilitação, sob um forte viés não hospitalocêntrico, de produção de autonomia e valorização das tradições e saberes locais. No entanto, traz em seu âmago corporativo a medicina e a impossibilidade de se desprender dessa cadeira institucional.

A atenção primária em Saúde (APS), apesar de toda orientação contra-hegemônica e alternativa de mudança para inversão do modelo biomédico, não deixa de representar ambiência permeável a práticas medicalizantes (CARDOSO 2014).

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 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 [...] coloca a atenção básica em vantagem tanto para observar o fenômeno da medicalização, como para perpetuá-lo ou ainda fazer enfrentamento a este [...] (CARDOSO, 2014, p. 41).

Em que pese a grande aposta que o movimento da reforma sanitária, a saúde coletiva e medicina de família e comunidade fazem nesse espaço, que costuma ser idealizado como um lugar de transformação social, contra-hegemônico, há que se revelar possíveis tensões e contradições, mecanismos de reprodução de instituídos, engendrados por um grupo que se identifica por vezes como uma especialidade de insurgentes.

Por muito tempo foi, e talvez ainda seja bradado por médicos de família e comunidade uma máxima de que a nós tudo interessa, toda sorte de queixas e problemas, todos os conflitos na comunidade, todos os desacertos e segredos familiares. E se interessar ainda pode ser algo incontestado, talvez o que esteja em crise seja questionar se somos consultores de tudo. É nesse ponto que o texto tenta provocar uma inflexão: será o mfc capaz de representar o peso de um ator social a ponto de mediar questões complexas como esta?

Coloca-se aqui em debate até que ponto essa proximidade deve ser praticada, essa intimidade desejada, essa confiança depositada, sem defender o distanciamento acadêmico do jaleco branco tradicionalmente lecionado nas escolas médicas. A impassividade, a imperturbabilidade, a não afetação, a violação do código do choro conjunto, isso já foi há muito superado pela medicina de família e comunidade. Mas cabe o reconhecimento dos desfechos fora do esperado, dos finais infelizes, daquilo que ainda estará fora da alçada e assim deverá permanecer, do rol de atribuições que se esgota, da limitação a resolutividade, do entendimento que o poder de alcance da assistência pode ser reciclar, se reinventar, mas é por vezes restrito.

5 “A MEDICALIZAÇÃO NOS SETTINGS DA MFC”

5.1 NO AMBULATÓRIO

O senhor de 54 anos comparece à consulta. Solicita exames de rotina para prevenção do câncer de próstata. Tem realizado com regularidade anual esse cuidado. O médico de favela procura desconstruir. Certifica-se de que o senhor não possui nenhum sintoma irritativo ou obstrutivo das vias urinárias, bem como a ausência de história familiar desse tipo de câncer. Aborda as novas orientações vindas de entidades que gozam de amplo respaldo nacional e internacional, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sobre a contraindicação desse rastreamento (INCA, 2017). Explica riscos quanto à possibilidade de entrada em cascata diagnóstica, biópsia e cirurgia desnecessárias, taxas de incontinência urinária e impotência sexual após intervenções urológicas. O senhor é reticente. O médico idem. A mídia apoia seus temores e lhe permite contra-argumentar. É novembro, e novembro é azul, há grande alarde sobre o câncer que mais mata homens e como podemos nos prevenir. Seu urologista recomenda a vigilância desde os cinquenta anos. Em uma última cartada, o médico de favela apela para glosa do exame diante da indicação não aprovada — homem com mais de cinquenta anos assintomático — alegando que o laboratório não processaria. O senhor abandona o consultório e deixa um lastro de impropérios. A relação médico-paciente foi estilhaçada.

Apenas mais tarde foi possível perceber que não era dessa maneira que deveria ser praticada a prevenção quaternária. A saída mais adequada para conduzir é uma decisão compartilhada e o papel do médico deveria limitar-se a elucidar riscos e benefícios do rastreamento, para em seguida acatar a escolha do paciente (KEATING, 2018). Há um itinerário de cuidado, nesse caso, que não pode ser redirecionado mediante uma negativa vaidosa por vanguarda do médico de favela. É estúpida a conduta de entender como protetiva e justificada a negação do exame à custa da ruptura de qualquer vínculo com o paciente.

Na consulta acima, a postura do médico de favela como o que ficou conhecido como P4 *fighter*⁶, por defender de forma aguerrida o freio em intervenções com evidências

⁶Na prevenção quaternária, é comum a presença dos “combatentes” (“P4 fighters”, como seus entusiastas se definem) que enfatizam os interesses do mercado e os dados da medicina baseada em evidências (estes como um antídoto) na batalha contra o excesso de medicalização, embora com pouca atenção para a relação clínica (CARDOSO, 2014).

de danos, é um dos exemplos destrambelhados de como nos saímos tentando desmedicalizar a população.

Uma das principais bandeiras desmedicalizantes dos médicos de favela é a prevenção quaternária. Vejamos que até mesmo esse potente instrumento, por meio do qual diz-se combater práticas excessivas e danosas em percursos diagnósticos e terapêuticos, parece estar contaminado, como salientou Michael Duncan em palestra proferida no último congresso brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, ocorrido em Cuiabá, 2019, quando na ocasião alerta, citando Widmer, que:

Se a prevenção quaternária promover a abstinência de qualquer ação na presença de dúvida (*in dubio abstinence*), ou na ausência de evidência, há o risco de niilismo terapêutico, de abandonar o paciente sem suporte. A inadequação ou insuficiência do cuidado podem ser tão perigosos quanto a hipermedicalização (WIDMER, 2015, p. 4).

No caso compartilhado por Duncan, para exemplificar o mal-uso da prevenção quaternária, um menino de oito anos é trazido por seus pais à consulta médica a partir de um encaminhamento de seus professores. Referem dificuldades de aprendizado devido a comportamento agitado e heteroagressividade.

Os pedagogos suspeitam de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e sugerem um redirecionamento a um psiquiatra ou neurologista. Diante da vulgaridade desse diagnóstico de rua, tal qual sinusites, o médico de família e comunidade rechaça essa alcunha que tanto medicaliza a infância de meninos danados e considera a dinâmica familiar que abarca um pai alcoolista e uma mãe depressiva o gatilho principal para o distúrbio.

Ao fim do ano, apesar das medidas de abordagem familiar e psicoterapia, o menino é reprovado na escola.

É um descarrilamento com o qual o próprio Marc Jamouille, idealizador do modelo, se preocupava, com a disseminação de uma prática obstinada em negar a todo custo, entrar em embate com o manejo tradicional de determinadas entidades sem ter em mente que:

Enfatizar a abordagem do “sobre” [diagnóstico, tratamento, etc.] é realmente importante, e de fato, um dos eixos da P4. Mas eu peço que vocês não esqueçam a alma da P4, que é a relação médico-paciente. Por favor, considerem o eixo do paciente (JAMOUILLE, 2013 *apud* CARDOSO, 2015).

Observa-se que a prevenção quaternária, nascida como uma moderação das intervenções médicas, corre o risco de degenerar como resposta à medicalização da sociedade, dada a reprodução banal, alheia a suas bases teóricas.

5.2 NA VISITA DOMICILIAR

Terminam as visitas da manhã. O médico de favela caminha de volta para a clínica com o interno de medicina. O agente ficou na comunidade. Discute-se sobre o impacto dessa incursão. O interno está algo desapontado. Apesar de saciar a curiosidade visitando a comunidade, não viu alguém gravemente enfermo para quem o médico pudesse fazer a diferença. Muita conversa com idosos acamados e familiares, cafés e bolos, mas uma inconsolável escassez de aventura científica.

O médico de favela tenta explicar. Não é sempre que nos deparamos com um surto psicótico e uma acrobacia deve ser executada para aplicação de medicação injetável, ou trazemos no carro uma paciente inconsciente, na qual faremos o diagnóstico de neuroaids, ou ainda encontramos um homem hígido de meia idade delirando de febre com erisipela bolhosa⁷ e os comprimidos que deixarmos com a esposa o levantará da cama. Apesar de um viés do tráfico de influência, que pode nortear o trajeto de casas escolhido pelo(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS), as visitas podem ser priorizadas em reunião de equipe. Muitas vezes é preciso um contato regular com os idosos restritos ao lar, para que acolham as nossas orientações quando se fizerem necessários os cuidados de fim de vida.

O aluno devolve com astúcia que realmente não se trata nem de safari médico, nem de turismo de favela.

A visita domiciliar é um componente que, por definição, distingue o conjunto de práticas e saberes da MFC. Não é exclusivo da especialidade, porém, é uma condição para o exercício da mesma, assim como andar e se fazer visto na comunidade (MCWHINNEY, 2009). Assim, a sua regularidade, mesmo que na ausência de casos graves, encontra subsídios teóricos que remontam ao respeito aos princípios básicos da MFC.

À primeira vista, a veia medicalizante da visita domiciliar encontra sua expressão na insatisfação do graduando que mostra uma avidez por casos dramáticos que exigem resposta essencialmente clínica e urgente. No entanto, amortecida a fantasia que nos remete

⁷Erisipela é um processo infeccioso da pele, que pode atingir a gordura do tecido celular, causado por uma bactéria que se propaga pelos vasos linfáticos. Pode ocorrer em pessoas de qualquer idade, mas é mais comum nos diabéticos, obesos e nos portadores de deficiência da circulação das veias dos membros inferiores. Não é contagiosa. Nomes populares: esipra, mal-da-praia, mal-do-monte, maldita, febre-de-santo-antônio. BRASIL, Ministério da Saúde. Erisipela. Biblioteca Virtual em Saúde, 2015. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2066-erisipela>>. Acesso em: 4 mar. 2020.

o quadro “O médico” de Samuel L. Fields⁸, busca-se interrogar a visita *per se* como mais uma roldana medicalizante independente da ação impetrada em seu espaço.

Não é incomum nos depararmos com uma dificuldade quando – os agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos – precisamos efetuar as visitas em microáreas que cobrem ruas de asfalto e classe média baixa. Por que esses profissionais deixam de ser bem recebidos conforme se observa uma mudança de classe social e a menor utilização/dependência do serviço público de saúde? Sem dúvida são fatores a serem considerados e que obrigatoriamente nos levam a considerar como se desenvolve o hábito, como parte inerente do trabalho em saúde, de visitar ou vigiar a casa dos pobres. A etiqueta parece ser menos rigorosa aqui, bem como a liberdade e o costume, por parte dos anfitriões, de não abrir a porta.

As visitas passam a fazer parte do aparelho estatal de vigilância. Um roteiro periódico de incursões está previsto para cada lar que abrigue uma gestante, puérpera, uma criança, um idoso, uma família. A gestão tem suas metas ensandecidas bem estabelecidas por métodos de melhoria de qualidade com grande respaldo no meio da administração de empresas. Em muitas cidades, como São Paulo, por contratos de gestão entre a prefeitura e as organizações sociais de saúde, o ACS deverá fazer um número mínimo de duzentas visitas mensais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015). Seguido à risca, somadas as idas de médicos e enfermeiros, os quais também possuem metas avaliadas e parametrizadas através de variáveis de desempenho, por vezes expostas em sessões públicas de *accountability*⁹, a visita domiciliar como cuidado em saúde pode ser tida como um patrulhamento ostensivo e inconveniente.

⁸No Natal de 1877, Philip, primeiro filho do pintor, morreu com apenas um ano de vida devido à tuberculose, apesar dos cuidados do Dr. Murray, um médico de família. Fields, impressionado e agradecido pelo compromisso desse médico em tentar salvar seu filho, prestou homenagem a ele quando pintou este quadro em que vemos um médico pensativo e impotente avaliando, em um domicílio miserável e insalubre, uma criança gravemente eferma, com os pais consternados no fundo sombrio (MIRANDA; MIRANDA, 2013).

⁹ Normalmente, se refere a um relacionamento que envolve uma responsabilidade, uma obrigação de relatar, dar conta de ações e de não ações. Isso indica que existe uma expectativa assumida da necessidade de relatar e explicar, seja pessoalmente ou por escrito, com consequências e sanções previstas para resultados fora do esperado (MAYBIN *et al.*, 2011). Prática de prestação de contas dos profissionais de saúde e gestores, empregada no NHS (Sistema de Saúde Britânico) e importada no modelo de reforma da atenção primária da cidade do Rio de Janeiro, a partir do ano de 2008.

5.3 NA GESTÃO

Ela tem 44 anos. Diagnosticada com neoplasia maligna da mama está aguardando o início da quimioterapia. Com o crescimento da massa tumoral produziu-se uma ulceração com descarga de grande quantidade de secreção de odor fétido. Ela usa gazes para absorver esse conteúdo e possibilitar sua higiene, não sujar as roupas e conseguir sair na rua quando necessário ou desejável. A clínica da família libera insumos em quantidade insuficiente para os curativos caseiros. Ela conta com o médico de favela todas as semanas para ajudar com o provimento de gazes não estéreis.

Illich (1975) sugeriu que uma das facetas iatrogênicas da medicina seria a Iatrogênese Social. Essa, devia-se a grande soma de gastos públicos destinados a contratação de pessoal médico pelos governos, prescindindo de investir, assim, em outras áreas, seja alimentação saudável, cultura, distribuição de renda e demais segmentos. Declara que a Medicalização do orçamento é nociva, pois:

[...] é indicador de uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete a identificação do bem-estar com o nível de saúde nacional bruta e a ilusão de que o grau de cuidados no campo da saúde é representado pelas curvas de distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica. Essa saúde nacional bruta exprime a mercantilização de coisas, palavras e gestos produzidos por um conjunto de profissões que se reservam o direito exclusivo de avaliar os seus efeitos e que tornam o consumo de seus produtos praticamente obrigatório, utilizando seu prestígio para eliminar da vida cotidiana as escolhas alternativas. Este efeito paradoxal da medicalização do Orçamento é comparável aos efeitos paradoxais da superprodução e do super-consumo nas áreas de outras instituições maiores. É o volume global dos transportes que entrava a circulação; é o volume global do ensino que impede as crianças de expandirem sua curiosidade, sua coragem intelectual e sua sensibilidade; é o volume sufocante das informações que ocasiona a confusão e a superficialidade, e é o volume global da medicalização que reduz o nível de saúde (ILLICH, 1975, p. 37).

O autor nos provoca com um oxímoro¹⁰ estarrecedor: quanto mais médicos menos saúde! O autor argumenta por meio de dados referenciados sobre explosão de gastos médicos nos EUA, correspondendo a fração significativa do PIB daquela nação, e resultando em declínio da expectativa de vida. Outras fontes evidenciam a lamúria e

¹⁰Segundo o dicionário Priberam da Língua Portuguesa: Combinação engenhosa de palavras cujo sentido literal é contraditório ou incongruente (ex.: bondade cruel é um oxímoro). "oxímoro", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/ox%C3%ADmoro> [consultado em 05-03-2020].

sofreguidão de países pobres e em desenvolvimento na corrida médica para a incorporação de tecnologias em saúde sem jamais obter resultados esperados.

Outras publicações provam que o aumento de preços na área médica supera em muito a inflação, ou o aumento de qualquer outro ramo, em muito alavancado pelos custos hospitalares, de uma medicina intensiva, cirúrgica e de alta complexidade. No entanto, dificilmente se aplicaria o mesmo raciocínio para tornar injustificável a alocação de recursos em MFC, considerado um setor de baixa complexidade e custos operacionais.

De qualquer forma, a partir do caso descrito, gostaria de levantar uma situação-problema, colocando, hipoteticamente, para a população, uma questão. Como deveria ser empregado o recurso destinado ao pagamento do salário do médico de favela? Estão em discussão duas opções levantadas pelo gestor do fundo público de saúde.

O médico de favela pode custar aos cofres públicos, incluindo os encargos trabalhistas e a depender de seus benefícios por titulação, até R\$ 25.616,77¹¹ ao mês. Ele dedica-se a essa comunidade 40h/semana. Duas mil e quinhentas pessoas estão cadastradas em sua carteira de clientes, totalizando 800 famílias. Em um plebiscito, a população da área 03 pode agora decidir se ele continua prestando os seus serviços, ou se preferem receber um acréscimo no programa de distribuição de renda do governo de R\$ 32,00 reais por mês por família, já que necessidades básicas parecem não estar sendo atendidas, como é o caso de Ela, que não pode arcar com gases para sua lesão na mama.

Em tempo, na ausência do médico de favela, ela poderia ainda contar com a enfermagem para direcioná-la adequadamente ao serviço de mastologia oncológica.

¹¹Valor bruto em reais representando o total de proventos incluindo gratificações de preceptoría da residência médica em medicina de família e comunidade, responsabilidade técnica da clínica da família, titulação de mestrado e doutorado, pagos a um(a) médico(a) por 40h/semanais de jornada de trabalho em fevereiro de 2020. Informação extraída de contracheque emitida pela parte contratante Organização Social de Saúde VivaRio.

6 ATRIBUTOS E ROTINAS EM CRISE

6.1 PESARES SOBRE A COORDENAÇÃO DO CUIDADO¹²

Um tanto quanto farto de abordagens pelo médico de família e comunidade que se valem da miséria do paciente para levantar reflexões dramáticas sobre a condição humana, o direcionamento aqui se dá para a miséria do médico. Um olhar para preceitos como a medicina centrada na pessoa, a coordenação do cuidado, a integralidade atentando a seus tropeços e desacertos na aplicação prática.

Em *Psicanálise e Saúde Coletiva* (CAMPOS, 2014), somos convidados a acompanhar um exercício de construção que agrega políticas públicas a conceitos da psicanálise, para expor as potencialidades e ou fragilidades desses produtos. Supondo uma atenção à vulnerabilidade sem escuta, sugere, a autora, que o cadastramento de famílias sócio vulneráveis e o direcionamento automático e contínuo de políticas assistenciais, sem uma adequada reavaliação e revisão da perda de autonomia, poderia representar uma medida indesejável.

Ao explorar a busca ativa sem reconhecimento dos lugares e sua potência, também alerta, a autora, para o risco em estigmatizar áreas onde historicamente iriam se concentrando os pacientes sempre buscados, depreciando-se, assim, os espaços e abandonando a iniciativa de encontrar, nas pessoas, uma outra imagem, uma redescoberta do território.

¹² Na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a coordenação do cuidado constitui qualquer atividade que ajude a assegurar que as necessidades e as preferências dessas pessoas por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais, pessoas e locais de atendimento sejam realizados de forma oportuna. As falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde a outra, no caso, entre a Estratégia Saúde da Família e a unidade de Atenção Ambulatorial Especializada, e manifestam-se por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações. Na perspectiva dos profissionais de saúde, há que se considerar que a coordenação do cuidado é uma atividade centrada nas pessoas e nas famílias, destinada a atender às necessidades dessas pessoas, apoiando-as a se moverem, de modo eficiente e efetivo, através do sistema de atenção à saúde. Isso implica a coordenação clínica, que envolve determinar a quem e aonde referir as pessoas usuárias, que informações são necessárias transferir na referência e na contrarreferência e que responsabilidades são imputadas aos diversos membros das equipes de saúde. Além disso, há uma coordenação logística que envolve sistemas de apoio e de informação, de transportes e até mesmo sistemas financeiros. As falhas na coordenação do cuidado, na perspectiva dos profissionais, surgem quando a pessoas são referidas a um profissional não adequado ou a uma unidade de saúde errada ou quando se atingem resultados ruins em função de um mau manejo clínico ou de fluxos de informações inadequados (MENDES, 2012, p. 344).

Em último exemplo de boa prática poluída, refere que a ampliação da clínica sem a responsabilização do sujeito afetaria de maneira negativa e direta a construção de autonomia, construção essa que nos permite a introdução da cena que segue:

Relações Descoordenadas

Os gritos podem ser ouvidos no corredor, são de indignação, e se ouve apenas o indignado. Até que a mãe abre a porta e sai da sala. O colega médico entra. O confidente está atordoado, mas consegue reproduzir o desabafo na tentativa, inclusive, de buscar compreender.

A mãe lhe cobra o laudo da tomografia de tórax da filha, que extrapolou em duas semanas o prazo estipulado. O médico de favela não checkou, não buscou como prometido. Daí a revolta justificada. A filha, portadora de esquizofrenia, depende do exame para ter a confirmação da suspeita diagnóstica de tuberculose miliar e iniciar o tratamento para aquilo que lhe consome em tosse e febre nos últimos três meses.

O médico de favela é recém-chegado naquela clínica e obedece a seus fluxos e diretrizes. Na suspeita de tuberculose, lhe reforça a responsável técnica da unidade, é preciso isolar o bacilo colhendo duas amostras de escarro do doente, estando a liberação das medicações, pela farmácia, sujeitas a essa etapa diagnóstica. O escarro é negativo. Por isso, realizaram o exame complementar em empreitada na qual a equipe se mobilizou pelo transporte da paciente e acompanhante até o centro da cidade.

Após a desconcertante cobrança, a busca do resultado é providenciada pela equipe e o esquema medicamentoso é enfim iniciado. Toda uma nova luta começa para mãe, filha e a agente comunitária de saúde responsável por controlar a administração do TDO, tratamento diretamente observado. Apesar de todo o esforço do time, as coisas não vão bem. Há dias em que a filha refuga os grandes e nauseantes comprimidos.

O médico de favela esquece novamente. As jornadas de atendimento e a insolubilidade diagnóstica e terapêutica de outras mães e filhas o ocupam agora. Quando a agente sinaliza do grave estado para o qual evoluíra sua cadastrada, ele, porém, não retarda em solicitar sua internação.

Dessa vez, não precisam ir no carro particular, sem favores, caronas, informalidades ou medidas heroicas, apenas o adequado funcionamento dos fluxos previstos que se engrenaram harmonicamente naquele fim de tarde, desde a liberação da vaga em leito hospitalar até a chegada da ambulância.

No hospital, a filha fica. A mãe num vai e volta. A agente e o médico voltam. Seu tórax é drenado mais de uma vez, ela é sedada e contida, sabe-se lá como fazem melhor o TDO do que a agente e a mãe, ou se mesmo conseguem fazê-lo. Não resiste.

A mãe passa na clínica uma última vez, avança pelo guichê de recepção sem se identificar ou aguardar ser chamada. Entra na sala decidida, sem bater, encontra o médico de favela em sua cadeira, em seu computador, ninguém nada ouve no corredor. A mãe sai em luto, sai em paz.

Não foi injustiça ou ingratidão daquela mãe o desabafo de abertura. Uma ocorrência do exagero no exercício da coordenação do cuidado com consequente invasão do arco de autonomia e autocuidado da paciente pode ter ocorrido. O médico se responsabilizou por levar a paciente em automóvel próprio para a realização do exame complementar, além de tentar garantir a busca do laudo e entrega em mãos do resultado, o que não foi honrado.

O foco talvez se resuma ao fracasso dessa iniciativa. Não há intenção qualquer de, através da teorização, eximir o médico de favela de sua falha e condenar a atitude da mãe. É frente a um possível vão no atendimento da moça que o médico de favela julga necessário construir uma ponte. É diante do risco de a paciente perder o exame, de perder a oportunidade diagnóstica por motivo fútil e revoltante, devido a uma dificuldade de deslocamento pela cidade, que ele se exaspera. Esse outro recurso (carona e entrega do resultado), advindo de um arcabouço paternalista, acaba por ferir a relação, ao falhar na interligação e fazer desmoronar a ponte.

A cena abre com um desentendimento, uma faísca na relação médico-paciente. Esse é o ponto crítico. A noção de vínculo pode ser dinâmica a ponto de o profissional ver-se claramente ultrapassando barreiras da relação entre a figura do médico de favela e a paciente, passando a atuar como um amigo da família. Cardoso (2014), ao ponderar sobre o tênue equilíbrio entre vínculo e dependência, compartilha conosco a seguinte reflexão:

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. (CARDOSO, 2014, p. 47).

Não é por conta do desentendimento narrado que o autor se mostra arrependido do feito e agora o julga como um erro, nem mesmo crê que estaria proibido de repetir uma gentileza semelhante, e incorporara como ensinamento a contraindicação absoluta desse tipo de conduta. Mas, tendo em mente o fenômeno medicalização e diante da tarefa de realizar uma varredura dos atendimentos, não pode deixar de notar que, na categoria que discute heteronomia¹³/autonomia do sujeito, a cena se tornou emblemática.

O médico, de forma misericordiosa, quer poupar a idosa da necessidade de buscar o resultado do exame. Por isso, além de ter levado as duas mulheres para realização da tomografia, também se compromete a retornar ao centro diagnóstico para obter o laudo. Entretanto, apesar da boa intenção, atua de maneira negligente, sendo vítima da sua própria atitude centralizadora, porque não finaliza o processo, invalidando de certa forma todo o esforço prévio.

O que parece estar em jogo no desenrolar dessa situação é exatamente o pré-julgamento de invalidez do paciente e de sua família. Mesmo em famílias com extrema vulnerabilidade social há um equilíbrio no caminhar da vida que não pode ser ignorado, a comunidade e seus indivíduos atravessam percalços e dificuldades muito antes de qualquer estender de mão de ajuda dos médicos. A mãe cuidou da filha por décadas, desde o primeiro surto psicótico, levando e trazendo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), alimentando, vestindo e medicando. Não seria ela capaz de buscar, de maneira independente, o resultado de uma tomografia? A resposta é sim. Foi dito pela mãe dentro da sala, aos berros. Como fazia para retirada do benefício de prestação continuada (BPC-LOAS) da filha, ou em relação às compras e contas da casa? Resolvia tudo isso sem a ajuda de terceiros, inclusive profissionais de saúde.

A coordenação do cuidado diante de pessoas pobres corre o risco de ser exercida sem adequada singularização. Pode descambar para o superprotecionismo, para a rédea curta, cerceando as liberdades individuais de autogoverno. Pode facilmente desconsiderar as possibilidades de caminhar a vida que os usuários sempre encontraram e impedir sua própria resposta, pode ferir a sua autonomia ao tentar guiar o paciente como marionete. E,

¹³Conforme o dicionário online da língua portuguesa Priberam: 2. Ausência de autonomia. = SUJEIÇÃO "heteronomia", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/heteronomia> [consultado em 25-03-2020].

por exceder os limites nessa condução dos itinerários, pode, por fim, se revelar desinteressada e falhar de maneira abrupta e brutal como em *relações descoordenadas*.

Ainda, é preciso ter em mente que os dois extremos da coordenação do cuidado podem reproduzir erros, não apenas um controle total, como também a desresponsabilização.

6.2 DO PROCESSO DE TRABALHO DO MÉDICO DE FAVELA

[...]A própria empatia é um exercício de fingir que sou o outro, sendo que jamais serei o outro ou verei o mundo da sua perspectiva. Minto que tenho genuíno interesse na história que a décima paciente da manhã me conta [...]

Um médico de família e comunidade de São Paulo

Fôlego, pilhas e xaropes

Passados os fugidios minutos de fôlego entre os atendimentos da manhã, era hora de retornar à sala de sua oficina. Era assim que gostava de enxergar o que o mundo chamava de consultório. Talvez porque entendesse a medicina ambulatorial como um ofício artesanal, talvez porque um ímpeto natural o levava a se ver mais como operário, artífice, do que com a construção social dos doutores. Não por gabar-se de destrezas ou perícias mais nobres do que os colegas, mas por identificar-se com o baixo clero do clã médico, não usar jaleco ou estudar comunicação.

Era preciso iniciar tratamento para tuberculose pulmonar pela segunda vez em um senhor imunodeprimido, com peso de um magricela adolescente. Com febre e sem apetite, trêmulo e passivo a receber papéis e orientações diversas. Era preciso pensar em como o despejo da casa da solidária tia, por desconforto do marido, iria afetar as regras do rígido e longo esquema terapêutico. Era fundamental acionar a assistência social e previdenciária para garantia de um benefício.

Aquela consulta ia se arrastar por mais de uma hora. Todas as rinites, sinusites ou não, lombalgias, encaminhamentos, entorses e dermatites, renovação de receitas e laudos a se amofinar na sala de espera. Não era hora de transcender, mas de operar máquinas, amparar debilidades sociais, transmitir cuidados e deixar a porta aberta para retornos e más notícias.

— Até semana que vem!

A oficina de reparos humanos na medicina de família e comunidade tem dessas coisas. De adscrever clientela, vincular usuários, trocar telefones, bilhetes e recados, por vezes cartas, de congratulações ou queixas, desabaços e agradecimentos, cartas suicidas ou de condolências. Quando se vê, já se está envolto por três, quatro mil pessoas, sendo referência de tudo para todos. É, sem dúvida, uma grande responsabilidade.

Naquele resto de dia, o médico de favela fez interpelações burocráticas sobre a precariedade do trabalho da gestante junto ao seu patrão; conversou com uma jovem sobre corações partidos; arrancou canto de unha; reenviou dois irmãos de volta à escola, justificando moléstias de pele como sendo de fundo não contagioso; embalou uma úlcera em curativo e extraviou gazes para o senhor trocar a cobertura em casa; liberou vale transporte para deficiente visual; orientou pai de primeira viagem quanto a normalidade dos excrementos e golfadas do seu recém-nascido; sobretratou resfriados com indispensáveis placebos expectorantes; solicitou exames para investigação dos contatos de tuberculoso; prescreveu para cefaleias sem comemorativos de maior preocupação; manipulou desordens fásccio-musculares; reinicializou a impressora sete vezes; solicitou a angioressonância para o aneurisma cerebral da técnica de enfermagem; fez o pré-natal da moça com 32 semanas de idade gestacional; intermediou conflito entre um paciente e a residente de primeiro ano, no corredor, por conta do tempo de espera; encaminhou uma escolar para a endocrinologia pediátrica por baixa estatura; ouviu 5 ou 7 tiros a uma distância de três quarteirões; enviou morfina, pelo agente de saúde, ao paciente falciforme; iniciou haloperidol gotas para psicose não orgânica de uma idosa, depois de lavar seus ouvidos; inseriu um dispositivo intrauterino na nulípara; internou uma senhora ofegante com água nos pulmões; deu seguimento à investigação da hepatomegalia de uma sexagenária e a dor pélvica crônica de uma jovem.

Nesse rebuliço todo, para cima e para baixo as consultas não foram sagradas ou estanques, mas entremeadas por andanças para buscar papel, entra e sai da sala, recupera-se aqui o sonar doppler obstétrico, empresta-se acolá o otoscópio, vai esquentar o soro fisiológico, volta para procurar pilhas novas, pára e discute um caso com o plantonista da emergência, vai correndo urinar. Chamam os internos pedindo auxílio em doses posológicas do antibiótico e, por fim, realiza uma interconsulta de um menino com menos de dois anos, constipado com a sua enfermeira.

No fim da tarde, voltou à oficina, juntou os papéis, descansou as máquinas, arrumou a mesa, retirou as pinças cirúrgicas e a cuba, guardou seus instrumentos e materiais na valise, apagou a luz.

Essa narrativa traz uma possível visão do médico de favela sobre o consultório médico. Uma percepção de que realiza um trabalho como um artesão, exercendo peripécias com grande destreza manual e perspicácia intelectual, por meio de um lapidado raciocínio clínico, estando absorto em atendimentos que se empilham como peças a serem moldadas, trabalhadas por esse artista. Personifica-se aqui um médico de favela, incansável, sempre acessível, onipresente, não só aquele que trabalha na favela. Procura-se demonstrar que, ao médico de favela, cabe, de maneira honrosa, grande parte do trabalho braçal dos médicos. Dos reclames vulgares, das dores comuns, dos motivos prevalentes, dos diagnósticos de rua, das moléstias autolimitadas. Que o volume de pacientes, a variedade das queixas, das idades, são rotinas inerentes a sua prática. Que a partir desse tipo de concepção, mais do que a aceitação dessa rotina, deve-se buscar uma profunda identificação com ela.

A oficina é a casa do artífice. Na antiga tradição, era o que literalmente acontecia. Na Idade Média, os artífices dormiam, comiam e criavam os filhos nos locais de trabalho. [...] É fácil entender o apelo romântico da oficina-residência para os primeiros socialistas que se defrontaram com a paisagem industrial do século XIX. Karl Max, Charles Fourier e Claude Saint-Simon viam a oficina como um espaço de trabalho em condições humanas. Também eles pareciam encontrar ali um lar acolhedor, um lugar onde o trabalho e a vida se misturavam frente a frente (SENNET, 2012, p. 67).

Contrariando a sedução com que a crônica trata o labor do médico de favela tal qual artesão, Illich faz comparações sobre esse mesmo espaço:

A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado. [...] O silêncio sobre a probabilidade desse perigo, mantido pelas oficinas de lanternagem humana, é nova manifestação pública da incapacidade da profissão médica de fazer uma profunda autocrítica, o que só pode trazer consequências sinistras para a sociedade. [...] Mas essa prática reforça a convicção das pessoas de que são máquinas cuja durabilidade depende da frequência das visitas à oficina de manutenção, e elas são obrigadas a pagar para que a instituição médica possa fazer seus estudos de mercado e desenvolver sua atividade comercial. [...] O paciente é reduzido ao papel de objeto que se conserta, mesmo que não tenha qualquer possibilidade de sair da oficina — esqueceram-se de que ele poderia ser uma pessoa a quem se ajudaria a curar, ou a capengar a seu modo na natureza. Quando é autorizado a participar do processo de conserto, é para lhe confiar um trabalho de último aprendiz, muito abaixo da hierarquia dos consertadores profissionais. Habitualmente não se confia nele o

suficiente para informá-lo do diagnóstico, ou para lhe permitir tomar uma cápsula na ausência do enfermeiro (ILLICH, 1975, p. 84).

A cena *Fôlego, pilhas e xaropes* foi resgatada por demonstrar um dia típico de trabalho do profissional, que não é aquele idealizado pelos poucos aspirantes. O ritmo acelerado, o atropelo de atendimentos e a espontaneidade no enfrentamento desse dia a dia faz parte de um entendimento de que a demanda medicalizada, e a reação que pode assumir tom medicalizante ou desmedicalizante, é um processo com seu curso natural na APS.

Candidatos a enfrentar uma pesada rotina e a representar um protótipo de médico polivalente, ingressam jovens recém-graduados em medicina que, se não tiveram que assumir desde cedo uma posição de luta política para sobrevivência da carreira escolhida, decidiram-se por uma especialidade médica que, no bojo de seus pressupostos e racionalidades, carrega como lema:

Ao médico de família compete cuidar de pessoas, de forma personalizada e mostrando compaixão pelo seu desconforto, compartilhando seu sofrimento e entendendo o significado da doença para aquela pessoa, e esforçando-se para sentir junto com a pessoa. Assim é possível humanizar os padrões de cuidado protocolares e tecnológicos dos dias atuais (GUSSO; LOPES, 2012, p. 9).

Segundo Olesen e colaboradores, em uma das principais definições do perfil desse profissional, o médico de família

é um especialista formado para trabalhar na linha da frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema de saúde que as pessoas possam apresentar. O Médico de Família cuida *de* pessoas no seio da sua sociedade, independentemente do tipo de doença ou *de* outras características pessoais ou sociais organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício das pessoas doentes. O Médico de Família interage com indivíduos autônomos nos campos *de* prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e cuidados paliativos, usando, integrando as ciências da Biomedicina e da Psicologia e Sociologia Médicas (OLESEN *et al.*, 2000, p. 4).

O grande desafio passa a ser o equilíbrio e o uso coerente dessas duas vertentes, tanto a técnico-científica quanto a sociocultural. De maneira que o que se observa na prática cotidiana é que o peso das partes se incorpora de maneira cada vez mais desarmônica. Enquanto uns se esmeram em defender uma atuação pautada na ortodoxia clínica e a demonstram por meio de performances aterradoras em número de atendimentos, outros deixam de lado o plano cartesiano da medicina diagnóstica e alopática, aplicando a epistemologia integral em cenários inoportunos. Daí que não só o holismo e a objetividade, o macro e o micro, a generalização e a particularidade devem comportar-se como

potencialidades cooperativas, mesmo que em determinados casos essa coprodução signifique um esvaecimento quase total de um dos saberes para imediata retomada desse recurso com o usuário seguinte.

Em relação à dualidade conflituosa que tempera a construção desse conhecimento próprio da MFC, Bonet tece as considerações que seguem:

Assim, a epistemologia da especialidade que nos ocupa estará formada por dois tipos de elementos, que chamarei primários e secundários. Os elementos primários derivariam do modelo biopsicossocial, incorporando as ideias holistas e totalizantes, e os elementos secundários do modelo biomédico, que anexaria as ideais de segmentarização. Estes dois tipos de elementos se relacionariam em uma espécie de sincretismo hierárquico, de onde se originarão as diferentes modalidades da prática da medicina de família; a relação e englobamento desses elementos dependerá de cada contexto e de cada situação onde se realizam as práticas. [...] Nesse sentido, a medicina de família estaria tentando dar conta dos híbridos com que se encontra permanentemente no mundo do meio; olhando para o meio, se inserindo no mundo, ou na “ponta”, como se referem os médicos de família para falar dos postos de saúde, é que se percebem híbridos. E com eles, se percebem as relações e não as segmentações modernas (BONET, 2014, p. 170).

Termina por caracterizar esse manejo de conhecimentos híbridos como uma *medicina das margens*, que coloca diversos saberes em constante negociação.

Apesar desse aparato criado para acolher e realizar uma escuta qualificada, uma formação dedicada para a sensibilização frente a contextos sócio culturais, esse preparo se mostra falho quando se observa que os mfc's lamentam o comparecimento de usuários não realmente doentes a congestionar a agenda. Em dado momento, passam a ser inconvenientes aqueles tantos com resfriados comuns, febre baixa com poucas horas de aparecimento sem outros comemorativos, tosse com características de benignidade, lesões de pele superficiais e com características evolutivas de fugacidade, dores musculoesqueléticas agudas, leves, sem sinais de gravidade. Como bem elucida Fry (1974), sobre a ecologia médica:

Fora do hospital, as doenças comuns em uma comunidade se caracterizam por serem de menor porte, benignas, fugazes e autolimitadas, com acentuada tendência para a remissão espontânea. Sua apresentação clínica tende a ser um tanto vaga e é difícil afixar-lhes um rótulo diagnóstico preciso. Frequentemente permanecem indiferenciadas e não identificadas do começo ao fim do episódio. Muitas vezes a patologia clínica vem acompanhada de problemas sociais, de modo a exigir uma conduta que simultaneamente faça frente a ambas. (FRY, 1974).

Por mais que esse médico tenha uma notável capacidade persuasiva, seja treinado em comunicação clínica e tenha uma escuta e fala com potencial terapêutico, em

significativa parte das vezes a medicalização, a partir de uma vetorização assimétrica, vinda dos pacientes, o forçará a intervir. Porém, caso não forneça a medicação, o exame, a talha que nesse primeiro momento não aparenta ser uma conduta sábia, o usuário poderá deixar a consulta com uma avaliação negativa do desfecho, insatisfeito.

Não se pretende anunciar a derrota definitiva da missão de desmedicalizar, que porventura é exercida com grande sucesso, mas evidenciar a grandiosidade desse desafio e onde está a principal força motriz que sabota o cumprimento das exigências para o bom exercício da medicina em comunidades, enunciadas por Fry. Se a rachadura entre o discurso e a prática já pode se avistar para as demandas agudas e autolimitadas, para as queixas crônicas não é menos relevante. Porque, acima de tudo, consome também o precioso tempo, põe em xeque a produtividade, ameaça metas, gera conflitos por tempo de espera. Os demorados compartilhamentos dos sofreres de pacientes crônicos, com uma estória de doença de longa data, também acabam por gerar desinteresse, desatenção e repulsa entre os mesmos profissionais que as programam, agendam e convocam.

Os estudos de *burnout* têm voltado o seu recorte para os médicos de família e comunidade, tanto no Brasil quanto internacionalmente (FELICIANO *et al.*, 2011; SANTOS, 2013; MORELLI *et al.*, 2015). A fim de refutar a hipótese de que a medicalização produz esse padrão, a culpa poderá ser lançada sobre o inchaço das equipes, no número de pacientes pelos quais as equipes que sofrem por alta demanda são responsáveis.

Um contingente expressivo dos médicos de família e comunidade elegem a pressão assistencial, e as dificuldades em lidar com a mesma, como a principal desvirtuação da sua prática. Por conta dela, não conseguem fazer a tão enigmática gestão do tempo, assoberbados por ela, abandonam a carreira, pois não conseguem dar o tratamento que gostariam e nele foram treinados. Ao invés de compaixão e zelo, passam a retribuir falas embrutecidas e se reconhecem despersonalizados.

Frustram-se, enfim, por diversos sentimentos e percepções, quando carregam atendimentos para casa, casos na consciência, esvaziam seu repertório de lazer e tempo livre em razão das funções laborais.

Fôlego, pilhas e xaropes é sobre a arte de ressignificar rotinas, reinterpretar cansaços e reprocessar poderes.

7 A DISTOPIA COMO UM ENSAIO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO E A MFC

País sem Médicos

Acontecera previamente com o bacharelado em comunicação social: desregulamentação¹⁴. Qualquer cidadão com um celular na mão e conexão à internet poderia se passar por repórter. Com apenas uma sala e um computador, fundava-se um tabloide com alcance além de algumas esquinas, jornais não mais precisavam de prédios inteiros. Mas, com a Medicina? Jamais, isso era impensável. Pois bem, está dado, os carimbos com os respectivos nomes dos doutores e números de registro do intocável Conselho Federal de Medicina de nada mais valem em receitas, laudos ou atestados. Para a classe médica, o decreto presidencial pareceu infame e apartado de qualquer estudo sério e bem conduzindo para mudança de políticas públicas e marcos regulatórios.

O ato médico havia caducado de vez. Mais do que isso, todo e qualquer cidadão poderia definitivamente brincar de médico. Os jornalistas amadores estamparam essa famigerada manchete em suas primeiras páginas.

A capital havia se tornado, após sucessivas vitórias dos republicanos liberais, uma espécie de instância virtual, uma esplanada mitológica do tão almejado Estado mínimo. As notícias, se eram verdade ou fakenews, escritas, como já dito, por uma horda de curiosos, seriam apuradas conforme o cotidiano se transformasse ou inalterado permanesse.

E os dias, de fato, estavam diferentes, mas não após aquela canetada como um divisor de águas. Em verdade, a forma de se cuidar, procurar ajuda quando doente, mudara insidiosamente ao longo da primeira metade do século XXI. O fenômeno que agora se concretizara, expresso com rubrica do primeiro ministro, poderia ser compreendido se considerassem a escalada da mais poderosa e clássica ciência durante o período. Primeiro ocorreu a falência do sistema público de saúde, fruto do subfinanciamento, de políticas neoliberais que não atentaram para o fato de que o custo em saúde estava tão desmesurado que levaria à bancarrota inclusive os maiores planos privados de saúde do mercado.

¹⁴“O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu nesta quarta-feira (17/06/2009) derrubar a exigência do diploma para exercício da profissão de jornalista. Em plenário, por oito votos a um, os ministros atenderam a um recurso protocolado pelo Sindicato das Empresas de Rádio e Televisão no Estado de São Paulo (Sertes) e pelo Ministério Público Federal (MPF), que pediam a extinção da obrigatoriedade do diploma.” Notícia veiculada no portal G1, disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular/0,,MUL1198310-5604,00-STF+DERRUBA+EXIGENCIA+DE+DIPLOMA+PARA+EXERCICIO+DA+PROFISSAO+DE+JORNALI+STA.html>

A medicina havia se tornado perfumaria. Primeiramente, houve uma explosão demográfica do quantitativo de médicos, com a mercantilização da graduação nas fronteiras e no interior. A carreira, que representava próspero retorno financeiro, começou a ser corrompida pelo capital, na formação. Como o mercado se autorregulava sem redirecionamento dessa força de trabalho para o bem-estar social e coletivo, essa massa de graduados em medicina optava por especializações ultramodernas relacionadas à pedra filosofal ou ao elixir da vida eterna.

Em pouco tempo, os dermatólogos esteticistas, nutrólogos e sábios da metabologia, experts em emagrecimento e soroterapia, cultuadores da performance humana, adeptos da pornoprevenção e obtentores da nulidade do risco para se viver digladiavam-se, desde as redes sociais em busca de pseudocelebridades às suas saletas de espera por pessoas saudáveis. Até mesmo esse oceano azul de mercado em potencial se esgotou perante a oferta ininterrupta daquela estirpe de médicos.

Com o disparar da desigualdade social, que alcançou patamares medievais, apenas pequena parcela da população poderia arcar com fragrâncias francesas. Por incrível que pareça, aliada a potentes aplicativos tecnológicos, a indústria farmacêutica apoiou o suposto golpe. A população era uma consumidora voraz de toda a sorte de panaceias químicas, a automedicação vulgarizou-se ainda mais como hábito e o aval médico, o entreposto do consultório e o diploma haviam se tornado um estorvo para o consumo, que agora era livre – e seus efeitos de responsabilidade do cliente.

Assim, a esmagadora maioria da população, que há anos já não podia contar com uma seguridade social garantidora desse direito inalienável e que, por isso, já respondia a sofreres de maneira caseira, passou a investir e aventurar-se na sabedoria do jaleco branco, como se fosse a arte da culinária ou as engenhosidades da construção civil.

E como formam-se exímios pedreiros e meros ajudantes de obra, como se forjam verdadeiros chefs em cozinhas clandestinizadas pela sombra da vigilância sanitária ou açougueiros, peixeiros, marceneiros por pura prática de corte, os clínicos gerais passaram a nascer de outras escolas que não das desacreditadas faculdades de medicina.

A posse sobre as manufaturas do homem os separavam, os distinguiam entre classes, entre aqueles que ainda tinham acesso aos luxuosos centros hospitalares, que se transfiguraram em hotéis de cinco ou seis estrelas, e os marginalizados. Todavia, algo muito precioso e poderoso havia se tornado universal.

A internet promovera a informação para todos, isso, nunca se conseguiu restringir ou cercear. De maneira que os grandes tratados das especialidades médicas, sem exceção,

encontravam-se disponíveis e a um clique para qualquer estudante secundarista. A pesquisa clínica havia degenerado e todo o conhecimento médico produzido até o início do século XX era de certo modo finito e gratuito. Daí que os novos médicos e barbeiro-cirurgiões conseguiram saltos de aprendizado capazes, de fato, de concederem satisfatória resolutividade no seu dia a dia e legitimidade entre suas comunidades. Sem a exigência de esgueirar-se pelo funil da universidade pública, que também ruiria em futuro próximo, ou sem ter que hipotecar o imóvel ou nascer em berço de latifúndio para ingressar na carreira de doutor.

Aquele mundo desigual forçou o povo a espremer de seu caldo social uma espécie de curandeiro-prático e autodidata. Mas como era um serviço vital, não se observou uma substituição dos antigos e inacessíveis profissionais por uma nova classe do ponto de vista de ofício, de emprego para prestação de serviços. Os novos entendidos estudavam para sanar as dores dos vizinhos, parentes e amigos, desconhecidos próximos e transeuntes, mas, como misturava a questão ética com uma liberdade revolucionária, esse tipo de ajuda era pago ou retribuído com escambo simbólico, favores e agradecimentos.

Tatuadores que dotavam de ampla destreza manual e já sangravam a carne com arte apoderaram-se da pequena cirurgia, retirando com precisão de lipomas a cânceres de pele, empregando retalhos cirúrgicos dignos de cirurgiões plásticos. E, assim, a saúde que esteve centenas de anos presa ao saber médico, escorregou de volta ao plano dos leigos e curiosos, aos milhares de outros profissionais de saúde que por medo de cassação tinham um leque de aptidões e habilidades contidos. Os enfermeiros voltaram a ser profissionais essencialmente da assistência. Fisioterapeutas, quiropratas, dentistas, técnicos de enfermagem viraram referência para uma lista de moléstias sobre as quais se debruçaram, antes restritas ao desinteresse do médico.

O parto voltou a ser no domicílio. A morte também. Daí que todo um resgate de subjetividades renascera. Toda a sorte de danças e crenças, cultos e valorização de ancestralidades voltaram a permear esses momentos transcendentais. As mulheres se agruparam umas às outras, se ajudando em momentos de alegria e debilidade, a partir de um senso humano. Seja com os sentidos das mães ou o instinto das parteiras, tiveram um dos maiores impulsos no movimento feminista, uma vez que recuperaram o controle dos seus corpos com a guinada da ginecologia natural.

Grande parte dos médicos de carreira abandonou seus postos. Com a banalização da prática, os empregos ficaram escassos e muito mal pagos. As mudanças afetaram todo tipo de médico, do especialista em varizes ao cirurgião cardíaco, do clínico ao patologista.

Mas o maior e mais direto impacto se deu entre os médicos de família e comunidade, os gineco-obstetras, pediatras e cirurgias gerais, especialidades consideradas básicas. Nesses postos, em torno de quinze anos após a medida, a varredura foi completa. Enquanto os subespecialistas continuaram a atuar, em número muito mais restrito, atendendo as elites.

O que se passou naquele ano não teria precedentes. Não foi lobby para reserva de mercado, não foi um ataque premeditado a determinada categoria em favorecimento doutra, mas uma expressão da desobediência civil, levando, sim, a consequente outorga para constitucional. Ora, se o povo já estava em desalento, há muito sem ter onde recorrer, faminto, só lhe restava comer croissants. Neste caso, o maior fruto da rebelião que culminou na histórica desregulamentação, pontuaram bem os analistas do futuro que se consagraram como escritores, foi a retomada da autonomia.

Pela lógica do processo de trabalho daquele grupo de médicos, a transferência de conhecimento encadeada – do especialista focal para o generalista, desse para os enfermeiros, em seguida para técnicos e agentes de saúde, até que o saber fosse repassado à população –, isto é claro, sobretudo aquilo que fosse comum, prevalente, sobre as patologias que mais afligissem a gente, era um dos maiores objetivos. Como não ocorrera pela maturidade da profissão e de seus atores, a nova organização da sociedade frente às questões médicas acabava por abocanhar aquilo que lhe fora ofertado à distância.

Se antes era preciso enfrentar uma fila de horas para, na unidade de saúde, receber uma receita de amoxicilina a fim de combater a presumível pneumonia do seu filho, agora, sem valer-se de mercado negro, ou desvio do farmacêutico, conseguia-se o antibiótico.

Caso assumisse comportamento de risco e temesse por ter contraído uma doença, como o HIV, era possível recorrer a um centro administrativo de saúde, solicitar para si próprio o teste, confirmar o resultado positivo com um segundo, pegar as medicações e realizar os exames de rotina e seguimento, tudo isso sem ter que confessar seus atos, abrir pauta sobre sua sexualidade a um médico e ouvir seus conselhos tardios e julgamentos precoces.

Nesses fluxos, o protocolo e a máquina haviam substituído o médico. Mas, se a internet e tecnologia ameaçavam, muito antes dos médicos de família e comunidade, os radiologistas e imagiologistas, esses primeiros não foram pegos de surpresa.

Vinte anos atrás, eram considerados o flavour of the season¹⁵, haviam se tornado a maior sociedade de médicos especialistas do país. Como carro chefe do modelo tecnoassistencial escolhido pela esfera federativa, tiveram uma grande onda de valorização salarial e foram beneficiados, em termos de poder, por grandes reformas pró-conteúdo e pró-coordenação¹⁶ insaturadas nos mais remotos municípios.

No entanto, por mais que se pretendessem com aparente similaridade aos médicos de bairro cubanos ou algo parecido ao barefoot doctors¹⁷ da revolução cultural chinesa, com o acúmulo de poder vieram a tomar novos rumos. Arregimentados pelo que convencionou-se chamar de saúde corporativa, foram alocados em cargos de grande respaldo, passando a servir como primeiros correspondentes em saúde de executivos de ponta, em empresas nas mais iluminadas avenidas e praças comerciais.

Um dos seus lemas mais bradados era aquele que dizia: “O médico de família é especialista em gente”. Essa bandeira não foi sustentada. Hasteadada em altura muito baixa, passou a tremular irônica ao vento. Uma crítica à segmentação corporal em órgãos e sistemas, prática doutrinária das demais especialidades focais, perdeu o sentido.

O editor chefe da redação, que começara como office boy, sem nunca ter prestado vestibular, do jornal de maior veiculação do fim do século em que se deu essa hecatombe política, haveria de enunciar, em feliz publicação, que os médicos de família tiveram a chance de se infiltrar no seio das famílias, dos lares, de, com a toga da medicina, se aproximar das pessoas e fazer parte das comunidades como engrenagem mítica, mas declinaram. Diriam que era trabalho por demais, muita demanda, muito problema. “Não bancamos essa curiosidade toda, não é possível ser bala de prata do Estado para a infinidade de mazelas sociais que na saúde desaguam. Porteiro, nesta portaria, não!”

Tudo aquilo que apregoavam ou que propagandeavam como genuíno interesse, na hora decisiva, recusaram, reclamaram.

¹⁵Do inglês: sabor da estação. Expressão empregada pelo autor para demarcar a era de ouro da especialidade.

¹⁶As reformas internacionais da atenção primária costumam ser pró-conteúdo (melhoram a oferta de serviços e a capacidade de resolução de problemas de saúde). Poucas reformas são pró-coordenação (dão mais poder ao médico geral para coordenar os serviços que seus pacientes precisam). A tendência internacional é fomentar a autonomia e independência do médico de família e comunidade e aumentar seu poder de coordenação, com a implantação do pagamento por capitação e do papel de filtro (*gatekeeper*, ou porteiro) (GUSSO *et al.*, 2019).

¹⁷Médicos de pés descalços foi uma tentativa via mobilização política para resolver os problemas básicos de saúde nas áreas rurais da China em 1968, sob o governo de Mao Tse-Tung, quando a nação estava em desenvolvimento. A maioria dos médicos de pés descalços se formavam no ensino médio, praticando por 3 a 6 meses treinamento no condado ou hospital comunitário. Daí a cobertura médica no campo rapidamente expandiu. Apesar das críticas, as pessoas geralmente têm memória positiva dos médicos de pés descalços que forneceram serviços médicos equitativos, especialmente quando a crise de saúde dos camponeses agravou-se substancialmente após o sistema quebrar, na década de 1980 (ZHANG, 2008).

Todo o movimento articulado pela gerência local, em prefeituras e subcidades, em sertões e recôncavos, de balneários a grandes metrópoles, toda barganha e disputa para a construção daquela porta de entrada, pensada a partir da humanização de técnicas e políticas, toda a gama de atribuições pelas quais clamaram e receberam a responsabilidade, extravasou em suas incompatíveis avaliações de declínio da qualidade de vida próprias.

Não suportando tantos problemas, queixas e mais queixas de pacientes desfigurados e deformados, nem tanto por organicidades adoecidas, mas por injustiça social, jogaram a toalha e evadiram.

Toda a reviravolta apresentou reflexos diferentes a depender da província. Em muitos rincões, o médico já era um intermediário a ser vencido, atravessado para consumo das mercadorias em saúde. Um instrumento da política local a possibilitar favores, chancelando o acesso a exames complementares ou a medicações. Muitos deles cediam, antes mesmo do texto que virou lei, sem pestanejar, esses recursos como reféns do apelo popular por xaropes, polivitamínicos, psicotrópicos, bem como por ultrassonografias, tomografias e etc. De certo modo, pouca diferença fez, nessas instâncias, ter ou não aquela figura apática e burocrática.

Mais uma vez, os fortuitos escribas vieram salientar que, se agora a situação era perene, um ensaio bastante preciso das consequências da anulação dos carimbos poderia ser lembrado durante uma greve com paralisação geral dos médicos. Há não mais de nove meses apenas, o que se viu foi a continuidade da vida das pessoas e o lamento pela falta do remédio controlado como a mais aguda reivindicação.

Os poucos médicos de família e comunidade que restaram tiveram que se adaptar. Quem os procurava já tinha realizado uma série de tentativas terapêuticas, ampla pesquisa virtual, considerado um punhado de diagnósticos diferenciais, mas continuavam sem resposta. Os pacientes, então, procuravam estas esparsas e discretas garagens, consultórios de fundo de quintal, para um café e uma segunda opinião. Nesses laboratórios rudimentares, os médicos de família e comunidade preservavam um arsenal de anacrônicos utensílios diagnósticos, entre martelos, fitas métricas, diapasões, dentre outras quinquilharias, sempre armazenados em uma valise de couro, talvez a única marca que os identificasse.

Até que os mais joviais periodistas divulgaram o contragolpe. Através de embaraçado processo de apresentação de documentos comprobatórios, os médicos teriam

suas conquistas retomadas, conferindo-lhes o título de “Médico” por meio de pergaminho com timbre a laser, resistente a estelionatários e falsificadores.

Não se sabe ao certo o porquê da decisão, mas veio de cima, como as opções de entrar ou sair de determinada guerra, ser aliado ou inimigo de uma nação e depois aliado novamente, em vai e vem, como aconteceu com a proibição e liberação do aborto, das drogas ilícitas e do porte de armas, ficou resolvido que apenas aos médicos caberia a diagnose, a propedêutica clínica e o direito à introdução de terapias.

Mas o cotidiano, diriam os herdeiros dos datilógrafos, não mais mudou.

Em *O Senhor das Moscas* (1959), William Golding descreve uma distopia onde crianças de seis a doze anos, ilhadas após acidente aéreo, fundam nova organização social, sem a interferência de adulto algum. O clássico da literatura infanto-juvenil tornou-se uma das teses mais contundentes sobre a naturalidade do mal, que encontra seus meandros em um meio de escolares aparentemente puros e inocentes, do ponto de vista de contaminação pelos desejos e caprichos da vida adulta.

O que me leva a ensaiar um universo paralelo em que a Medicina perde seu valor como sólida instituição social, e a motivação para construir uma analogia com a obra de ficção, se dá a partir da erupção da autonomia que gozam Ralph, Porquinho, Jack e demais garotos ao se perceberem, apesar de isolados, livres. Também com a ruína do *establishment* médico, quero colocar em observação as manifestações da autonomia de que passam a desfrutar as pessoas.

Assim como crianças podem sobreviver a uma tragédia e ficar à própria sorte e regras, alheios à civilização, como em uma ilha, apesar de improvável, não é impossível. Mudanças na regulamentação de categorias profissionais dessa monta, assimilação de novos comportamentos pelos pacientes ou desdobramentos espontâneos da evolução de uma carreira também seriam passíveis de se materializar. Até onde *País sem Médicos* é ficção? Em que momento esbarra na realidade? Algumas das projeções estão em curso, talvez em um estágio prévio ao do texto? Trata-se de exploração de absurdos ou contextos possíveis? A fusão realidade-ficção é pretendida desde o início, entendendo como exitoso o alcance de um fator confusional entre os dois mundos. Sobremaneira, em *País sem Médicos*, quis mostrar as consequências da destituição de um poder.

Landi (2018), em sua etnografia sobre os cuidados em saúde, a partir das vivências de uma psicóloga em um hospital geral, menciona caminho de Cho (2008), que

traz para a discussão sobre a metodologia de pesquisa, a possibilidade de mesclar fantasia, ficção, relatos factuais e narrativas das ciências sociais ou da história, dando atenção ao que faz as lacunas, os intervalos, que marcam os não-ditos e mostram o que os furos da história podem carregar. A autora propõe uma mudança no foco da questão metodológica de uma pesquisa. Ao invés da preocupação estar em qual método deve ser adotado, ela propõe a questão sobre o que no percurso da pesquisa é rejeitado ou permanece invisível (CHO, 2008 *apud* LANDI, 2018).

Já no primeiro período note-se que a opção não é dar à Medicalização as rédeas da narrativa. Pelo contrário, opto por derrubar o fenômeno para, então, revelar seus domínios e interferências em uma especialidade e uma população por essa atendida. Escolho tratar da *des*Medicalização antes de tudo, do mundo a partir de sua inexistência, da sua ausência como ordem. Acredito que a proposta de partir dessa reversão completa possibilite demonstrar onde se expressa de maneira mais óbvia o poder médico sobre a vida das pessoas, utilizando a medicina de família e comunidade como artifício, e bem como onde e quando a entidade se rebela, negando-se a comportar-se como ardiloso artefato desse *status quo*.

Um dos conflitos mais acirrados que busquei trazer em *País sem Médicos* foi a afirmação e negação do poder do médico de família e comunidade por ele próprio. Essa pulsão entre a absorção de queixas sociais, pessoais, familiares, culturais que, sim, tem extravasamentos importantes no campo da saúde, mas que satura o profissional, o exaure.

Mesmo que procure negar a aceitação de mais atribuições que lhe são impostas, seu perfil as atrai. É porta de entrada, é o primeiro contato, deve acolher todo e qualquer problema, respeitando a inespecificidade inata do generalista. Tal posição no sistema de saúde, porém, em tradução consagrada e adequada (*gatekeeper* - porteiro), não deixa de significar poder. Poder, esse, retratado no texto que prove ao profissional médico uma posição de sempre requisitado, pela qual as pessoas estão a buscar e necessitar de suas vistas e cuidados. Esse mesmo poder que conduz, na atualidade, a um dos maiores desafios e perturbações do seu processo de trabalho, a lida com uma demanda irrefreável, insaciável, gravitacional.

Procuro chamar a atenção não para a restrição e controle desse fluxo, como por vezes equipes de saúde da família praticam ao trabalharem organização do acesso, mas para a perda desse poder, desse centro, desse lugar de referência com a inoculação imaginária no cenário da desregulamentação.

Nessa cena, em que os dados são fruto da imaginação, os mesmos, porém, não deixam de guardar ligação com o solo social e político contemporâneo, demonstrando um

engajamento que não quer distrair ou apenas alienar, senão provocar. No livro *Intermitências da Morte*¹⁸, de José Saramago, a lida com uma realidade súbita e inesperada é capaz de despertar toda uma nova visão sobre as passagens enlutadas, a negação da terminalidade e os entendimentos sobre a história natural dos ciclos de vida.

A medicalização funcionaria conectando de maneira tão magnética as pessoas aos sistemas de saúde pelo fato de problemas de ordens diversas serem encarados como problemas médicos. E, dentro desse campo de atração, o médico de família e comunidade estaria em zona crítica e estrategicamente funciona como mais um ímã.

Em *A História da Sexualidade* volume I - a vontade de saber, Foucault (1999) explora a consagrada confissão pela Igreja Católica, bem como sua apropriação por outras instituições, fomentando os novos discursos sobre o sexo em espaços controlados e coercitivos:

A Idade Média tinha organizado, sobre o tema da carne e da prática da confissão, um discurso estreitamente unitário. No decorrer dos séculos recentes, essa relativa unidade foi decomposta, dispersada, reduzida a uma explosão de discursividades distintas, que tomaram forma na demografia, na biologia, na medicina, na psiquiatria, na psicologia, na moral, na crítica política (FOUCAULT, 1994, p. 35).

Em *País sem Médicos*, há uma chamada em relação a essa função de pároco que o médico de família assume. Por vezes, na consulta ambulatorial, em busca de um diagnóstico oculto com causalidade psicossocial, mais do que assemelhar-se a uma confissão, esse momento pode ainda descarrilhar para um inquérito sobre nuances de relações familiares, desejos, perversões e outras intimidades da alma.

Enquanto a confissão provou ser mecanismo poderoso para a rendição individual, o sermão, por sua vez, poderia ser compreendido como uma prática capaz de subjugar coletividades. Constitui um discurso pelo qual se ensinam valores ético-morais, normatizam-se comportamentos, proíbem-se os desvios e condenam-se as diversidades. Na atenção primária à saúde, há um grande apelo em relação as abordagens comunitárias e atividades voltadas para intervenções coletivas, grupos de educação em saúde representam práticas doutrinárias. Em uma perspectiva histórica resgata-se que:

¹⁸Na obra de Saramago, enquanto a ausência da morte mostra o colapso das estruturas políticas, sociais e religiosas, seu retorno deixa inquietos todos os vivos, pois relembra que basta existir para estar sujeito a tal desfecho. A obra convida o estudante de medicina a refletir sobre o respeito à vida, incitando-o a admitir seus limites. Tal apelo permite entender e evitar a tentativa de preservar a vida a qualquer custo, como acontece quando a prática médica incorre em obstinação terapêutica curativa, prolongando muito o sofrimento do paciente em lugar de oferecer algum alívio com o emprego de cuidados paliativos (SANTOS, 2018).

A Educação em Saúde surge formalmente no Brasil no início da década de 1920, por iniciativa das elites políticas e econômicas, tendo sido fundamentalmente influenciada pelas experiências europeias dos séculos XVIII e XIX, voltadas para uma visão higienista, etnocêntrica e hegemônica.¹ Esses discursos defendiam uma conduta racional e laica perante a doença, contrapondo-se a ideologia místico-religiosa. As práticas de saúde desconsideravam o saber e as formas de ver e cuidar da vida da população, tendo um caráter excessivamente normatizador, que visava garantir a manutenção do modelo concentrador de riquezas. Essa tendência da Educação em Saúde manteve-se hegemônica até a década de 1940 (DUNCAN, 2014, p. 98).

Notadamente a partir de 1970, os profissionais de saúde insatisfeitos com o modelo em voga reagem e passam a confrontar essa proposta conservadora com ideias progressistas de uma Educação Popular alinhada aos interesses das pessoas assistidas. Paulo Freire é o principal teórico de correntes como a Pedagogia da Libertação, que ganham força a partir desse período e passam a nortear uma transformação dessas práticas de maneira antihierárquica, bem como servir de base para a formulação de políticas na área.

No entanto, como a formação qualificada dos profissionais em APS tem se delineado como um dos maiores desafios para o SUS, a disseminação dessas orientações e a capacitação dos mesmos se deu, ao longo dos últimos anos, de maneira heterogênea e não capilarizada, de forma que, em grande parte das unidades de saúde em que as atividades coletivas praticam rotineiramente educação em saúde, o fazem

Na pedagogia tradicional, segundo Pereira as ações de Ensino estão centradas na exposição dos conhecimentos pelo educador, que assume posturas centradas na vigilância, no aconselhamento, na correção e na transmissão do conhecimento, constituindo-se como autoridade máxima, ou seja, único sujeito responsável pela condução do processo educativo. Essa linha pedagógica em geral trabalha com práticas nas quais predominam a metodologia expositiva, referendando a repetição como forma de garantir a memorização de conteúdos que não necessariamente se relacionam com a realidade local (DUNCAN, 2014, p. 100).

Como são orquestrados por lógicas de produção, gerenciais, ávidos por números de controle, os grupos criativos que conseguem trabalhar a saúde de forma lúdica são exceções. Em sua maioria, as atividades coletivas são pouco dinâmicas e atrativas.

Não à toa, os grupos de planejamento familiar, em sua maioria, são esvaziados. A educação sexual pregada nas escolas é motivo de troça pelos alunos pré-adolescentes. Os grupos de hiperdia (hipertensos e diabéticos) funcionam apenas para pacientes obedientes, que já frequentam com regularidade as unidades e escutam o sermão a fim de obterem sua nova receita e pedido de exames. As reuniões antitabagismo não sustentam a assiduidade do grupo, dada sua longevidade em etapas e extenso conjunto de normas, enquanto as

medicações usadas na abstinência, como os adesivos de nicotina, passam da validade nos estoques.

8 MEDICALIZAÇÃO E MFC: EM BUSCA DE UMA TEORIA

8.1 A CONSTITUIÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO NA MODERNIDADE

Segundo Foucault (1979a), os primeiros registros da Medicina Social datam do começo do século XVIII. O autor faz uma instigante colocação, a de que a medicina moderna, atual à época da publicação, seria menos individualizante e mais coletiva do que aquela praticada na Idade Média. Defende ainda a hipótese de que o desenvolvimento capitalista caminhou no sentido de empoderar a medicina do controle dos corpos, daí sua trajetória socializante, de se tornar tecnologia de alcance populacional, não sendo satisfatoriamente representada a medicina moderna pelo cuidado individual, ou pelo encontro médico-paciente, sendo estas últimas apenas uma de suas alegorias.

No entanto, a visão médica do corpo como força de trabalho será apenas uma das últimas interpretações do capital, exemplificada no caso do desenvolvimento da Medicina social inglesa, tendo, nos casos alemão e francês, etapas prévias.

O pioneirismo alemão no desenvolvimento de uma ciência de estado deveu-se contraditoriamente a pressões negativas econômica e política. A ociosidade de um efetivo burguês frente a uma vagarosa transição das práticas mercantilistas para o capitalismo industrial, ao longo do século XVII, foi oportuna para aparelhar o estado prussiano com recursos humanos e operacionais, de maneira a organizar o primeiro modelo de estado moderno.

Chama a atenção a normalização do médico anteceder a normalização do doente, nesse contexto, outorgando poder às universidades para a chancela dos primeiros atores da profissão médica. Outros dois fatores contribuintes para a largada germânica à frente nessa corrida foram a criação de um sistema de informações em uma esfera superior de vigilância, sob a qual os médicos estavam subordinados, no sentido de fornecerem notificações de doenças potencialmente epidêmicas e outros agravos de interesse do estado.

A organização do que o autor denomina de polícia médica alemã é, então, representativa de uma Medicina Social que se desenrola antes mesmo da medicina científica, acadêmica, anatomopatológica, mas gerida no bojo público-estatal, com meios e fins políticos.

Diferentemente da Alemanha, a França normatiza prioritariamente seus canhões e professores, não os médicos. A medicina social é fomentada pela desorganização dos aglomerados urbanos capazes de gerar espaços insalubres. Não parte, então, de uma

sincronia administrativa do corpo estatal, mas da necessidade de regulamentar os serviços, os espaços e as relações entre classes sociais assimétricas, para atender pressões político-econômicas que emergem da explosão demográfica desses novos centros urbanos.

A adoção do modelo de quarentena, uma tecnologia medieval aparelhada com o toque de recolher e fiscais de rua, é uma das principais medidas encontradas pela burguesia e aplicada pelas autoridades para restabelecer a ordem frente a ameaças epidêmicas, durante esse período. No caso francês, atende melhor o modelo de quarentena aplicado no enfrentamento da peste, que é o de esquadrinhamento da cidade, inspeção, revista minuciosa, registro, e não o da hanseníase, pautado na exclusão e isolamento do doente estigmatizado como leproso.

Destacando os principais objetos de estudo da medicina social urbana francesa: os cenários de confusão, amontoados e perigosos, e a circulação da água e do ar. A partir desse enfoque, normas passam a operar quanto ao funcionamento de cemitérios, ossuários, matadouros, feiras, espaços comuns de circulação e rede de esgotos e águas.

A medicalização das cidades trouxe à Medicina um contato com ciências extra médicas, como a química, e a atenção para o estudo do meio como determinante para o processo de adoecimento. Consagra-se o conceito de salubridade que, definindo o estado das coisas que afetam a saúde, justifica a relevância de um controle político-científico desse meio.

Em *A Política da Saúde no século XVIII*, Foucault (1979b) se detém primordialmente à análise de três elementos-chaves: a formação de uma nosopolítica, a medicalização das famílias e a reestruturação dos hospitais. Faz, primeiramente, ressalva antes de se ater aos elementos em estudo, enfocando na indissociabilidade entre a medicina privada e socializada, que não devem ser interpretadas como forças concorrentes, ou desdobradas uma da outra, mas como iniciativas paralelas, compositoras de uma estratégia global comum: aumentar o nível de saúde da população.

Uma infinidade de movimentos e atores vem formar esse aparato assistencial, para dar resposta a onda de explosão demográfica das cidades. Toda essa resposta não parte exclusivamente do investimento estatal, observando-se uma rede construída pelas fundações, abrigos e dispensários, instituições filantrópicas e paroquiais que, juntos, vão representar os principais sítios de cuidado.

A nosopolítica descrita por Foucault, que encampa as ações das políticas públicas em saúde bem como das relações entre o estado e o setor saúde, vai se dedicar ao doente e ao pobre de uma maneira não calcada em terapêuticas baseadas em caridade, mas com

propensão a decompor a natureza dessas filas de desgraçados, separando-os entre aqueles aptos e inaptos a retornar ao mercado de trabalho, os gravemente enfermos e os mendicantes e ociosos, implementando toda uma lógica do que se chamou de *decomposição utilitária da pobreza* e sob essa nova abordagem, com um novo viés de custo-efetividade, é que se darão as novas modalidades de assistência. Tenta-se desapegar dos hospitais a convenção de um depósito de marginalizados por mazelas mais sociais de prognóstico estagnante, que condições clínicas.

Nesse cenário de transformação das formas de lidar de forma mais arrojada com uma população carente, emerge a figura da polícia, responsável pela regulamentação desses novos fluxos que controlam, de maneira ordeira, desde o respeito às práticas de higiene até a vigilância dos vadios.

Foucault (1979b) também denuncia a medicalização das famílias, principalmente na defesa das crianças como uma das prioridades imputadas aos pais. Nessa época é que as regras de higiene, educação e relacionamento dentro lar são absorvidas, pela sociedade ocidental, com um peso moral importante e, desde então, a família e as crianças tornam-se objetos facultados ao controle da medicina de uma maneira que só viria a se intensificar.

Ficam bem estabelecidos os núcleos responsáveis pela saúde dos indivíduos e sua interdependência: as crianças dos pais, e ambos aos médicos, esses, por sua vez, ao estado ou ao mercado regulamentado, em clara linha hierárquica, moldando uma cadeia que simboliza estruturalmente a política de saúde em fins do século XVIII. Sobre uma figura central colocada aqui é válido ressaltar que:

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o "corpo" social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX (FOUCAULT, 1979b, p. 310).

A crítica ao hospital é o último nó crítico relativo ao campo no século XVIII, denunciando uma instituição que se tornara um feudo burocrático de difícil acesso, com baixa resolutividade, distante das comunidades, centralizadores, sem serviços especializados, de maneira não condizente com a pressão assistencial das novas famílias e ou adequado para dar suporte às emergências. A descrição deste hospital decadente faz parte de um estudo que demonstra um grau estarrecedor de atualidade e verossimilhança com tais instâncias prediais contemporâneas em países em desenvolvimento.

Na verdade, o hospital, apesar de ser uma instituição com paredes e processos de trabalho em ruínas há séculos, não sucumbiu. As críticas permanecem na atualidade, bem como as soluções descritas também dialogam com os rumos tomados pelos sistemas de saúde ao longo dos séculos XIX, XX e XXI.

A dogmatização de práticas que vigiam a sociedade, seja contabilizando o número de mortos e de nascidos, seja por meio da regulamentação sanitária de cemitérios e matadouros, oriunda da sistematização dos primeiros sistemas de saúde pública europeus, como primeiras medidas incorporadas pela Medicina Social, ao longo do século XX e XXI se sedimentaram como práticas estatais universais.

A contabilidade médica passou a ter interesse por dados cada vez mais diversos dos cidadãos. Para muito além de contas mercantilistas de soma de nascimentos e subtração de óbitos, que serviam para estimativa de população economicamente ativa, os cálculos voltaram-se para uma extensa gama de variáveis, que agora almeja levantar o número exato de pessoas com toda sorte de diagnósticos descritos no código internacional de doenças.

8.2 BREVE APANHADO DE FORMULAÇÕES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO

A Medicalização é tida como um complexo fenômeno pela sociologia médica, sendo objeto de estudo desde a década de 1950. O conceito em si sofreu mutações, abarcando uma série de processos para além da sua definição clássica, tornando-se polissêmico, razão pela qual alguns autores têm indicado a necessidade de maior precisão teórica ao se abordar a medicalização (ZORZANELLI *et al.*, 2014).

No início, o termo foi empregado para descrever a amplidão de condições humanas que, de desvios morais, passam a ser tomados como posse, categorizados e biologizados pela Psiquiatria. Recebe, em seguida, uma primeira cristalização teórica: “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento” (CONRAD, 1975). Seguindo essa corrente, outros teóricos fundantes, como Zola (1972), reforçam, em seus trabalhos, a ideia da expansão das fronteiras da medicina, colocando em evidência a instituição médica como um órgão de controle social. Illich (1975) denuncia as várias faces iatrogênicas de uma empresa médica que, por seu insaciável acúmulo de poder, lesa desde o indivíduo, por seus excessos intervencionistas, até a sociedade e sua cultura.

Foucault (1979a) vem oferecer contribuições que agregariam ao constructo novos sentidos. Primeiramente, realiza uma retrospectiva histórica, para alertar que a Medicalização tem seu despertar no século XVIII através do nascimento da medicina social nas embrionárias nações, como Alemanha, Inglaterra e França, datando, pois, da construção dos sistemas e políticas de saúde desses estados. Para o autor, seria já nesse período, quando da preocupação contábil da força produtiva das populações, da necessidade de se esquadriñar as cidades, instituir uma polícia com funções sanitárias e determinar normas de convívio social nos seios das famílias que as primeiras práticas medicalizantes são empregadas.

Esse biopoder, que envolve desde o controle dos corpos individuais (poder disciplinar), e biopolítica, materializado no interesse estatal em estudar a saúde das massas sob uma perspectiva de produtividade, servirão de base para a discussão contemporânea da *biomedicalização*¹⁹. Essa, por sua vez, consiste em uma das principais derivações do fenômeno macro que procura atender toda uma série de transformações nas relações de poder entre medicina e homem. Todas elas, colocadas a partir da incorporação de tecnologias como a genética e a sua maleabilidade futurística, a informática médica e os novos dispositivos protéticos que ofuscam os limites entre corpo e máquina. (GAUDENZI, 2016).

Nessa linha do tempo, que narra as transformações de uma terminologia, aqui expressa em saltos, é preciso destacar um importante descolamento na compreensão da Medicalização. Estudiosas como Lupton (1997), passam a defender o componente de participação ativa dos pacientes no processo, deixando de enxergar as pessoas como meros corpos-alvo de políticas ou procedimentos. Na verdade, os cidadãos gozariam de um poder decisório para se automedicalizar que independeria inclusive da figura médica sempre tida como central. Mas, que num breve curso de vinte anos, perdera espaços para outras entidades, como o mercado, a indústria farmacêutica e a internet, que passam a constituir novos canais de contato e informação, constituindo-se como atores que passam a disputar a exclusividade médica sobre o conhecimento e a informação em saúde.

A partir das distintas contribuições dos diversos pensadores e críticos que se dedicaram ao tema, é possível sistematizar quatro diferentes níveis de ocorrência da Medicalização (ZORZANELLI *et al.*, 2014): 1) as estratégias massivas de sanitização da

¹⁹A biomedicalização, por outro lado, implica a internalização da necessidade de autocontrole e vigilância pelos indivíduos eles mesmos, não exigindo necessariamente intervenção médica. Não é apenas uma questão de definir, detectar e tratar processos mórbidos, mas também de ser informado e alerta de possíveis riscos e condições que podem levar à doença (IRIART; MERHY, 2017).

população; 2) a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças; 3) a ação do controle e imperialismo médico; 4) a participação de atores fora do campo da medicina. Essa simples segmentação dos diferentes tipos de práticas medicalizantes já se mostra capaz de especificar as facetas, categorizando os exemplos do passado ou contemporâneos em eixos mais bem delimitados.

Através dessa esquematização, torna-se possível realizar o caminho inverso e inserir cada corrente teórica em uma das dimensões propostas com relativa facilidade. Assim, podemos compreender que as iatrogenias illichianas se encaixam mais adequadamente nas ações de controle e imperialismo médico, sem, no entanto, negar a proximidade da ideia de iatrogênese estrutural e cultural com a quarta dimensão. Enquanto o controle dos corpos e somatocracia foucaultiana dialogam mais intimamente com o primeiro eixo. Szasz (1974), quando se refere ao inchaço das questionáveis taxonomias psiquiátricas sobre padrões de normalidade, fica contemplado na segunda linha.

Os autores citados na estruturação do elástico conceito de Medicalização versam sobre a temática expandindo-a, porém, sem maiores choques, apenas interseções. Apesar da crítica de Clarke (2010) sobre a contaminação do termo, ao agrupar o quarto nível de ocorrência da Medicalização, este mais bem descrito por Lupton (1997), não chega a trazer uma abordagem que vá de encontro com os autores fundantes da década de 70.

Afinal, Illich (1975) já alertava para o risco de dependência e da heteronomia produzir consumidores eternos. De maneira que o que aconteceu com a descrição do fenômeno parece mesmo ter sido intumescências semânticas sem maiores dilapidações, apenas enxertos, o que reforça a relevância da divisão em categorias para melhor entendimento dos seus variados sentidos.

Trabalhos mais recentes, publicados no início do século XXI, trazem uma dobra nessas perspectivas. A Medicalização, segundo Rose (2007), estaria entranhada em tudo, constatando que a Medicina realmente nos fez quem somos, dada a profunda influência em todas as esferas da vida das pessoas.

Tal invasão que, por muito tempo, foi tomada como crítica pela sociologia médica, hoje, deve ser repensada como ponto de partida, nunca para enquadramento de uma prática “x” ou “y” como medicalizante ou não. Porque não bastaria acusar determinada ação da apropriação médica, uma vez que a vida contemporânea foi construída em suas normas por ditames da ciência médica:

[...] a escola e a casa, transformadas pela medicina em máquinas higiênicas, inculcaram hábitos e maneiras que tornaram-se automáticas, de maneiras à mesa para escova de dentes. Práticas de defecação, micção, menstruação etc. produziram corpos que são disciplinados em relação a saúde de maneiras não precedentes. Gerenciamento médico de sexualidade reformulou regimes de prazer [...] (ROSE, 2007, p. 700).

Isso, para não elencar uma infinidade de outros exemplos que se tornaram lógicos, que tiveram uma relação inextricável com o desenvolvimento da medicina. Daí o selo de medicalização não servir nem mesmo como crítica à simples associação de qualquer fenômeno à influência médica, porque, sim, já é reconhecida sua universalidade.

O enquadramento de todas as facetas e dinâmicas das complexas relações entre profissionais de saúde, pacientes, poder público e mercado, dentre outros atores, parece insuficiente quando resumido em medicalização. Outras denominações auxiliaram na descrição das diferentes cenas que passaram a fazer parte desse repertório, como a *Biomedicalização* e a *Farmacologização*²⁰, dando conta dos efeitos gerados pela incorporação de novas tecnologias. A Farmacologização parece, por exemplo, definir melhor o processo pelo qual o médico torna-se um mero intermediário entre a consulta do paciente e a propaganda do remédio ou sua busca digital, utilizando calculadoras diagnósticas virtuais, o que, evidentemente, vai contra a ideia de imperialismo e poderio médico evidenciados pelos teóricos da década de setenta.

A análise do desdobramento desse fenômeno na pós-modernidade trouxe a preocupação para dispositivos que deixaram de representar a ficção científica e aportaram na realidade, como a aplicação das descobertas da biologia molecular, da manipulação genética e dos avanços no transplante de órgãos. O grau de sofisticação desses campos definitivamente coloca essa discussão em um patamar futuro e distante de um lócus contemporâneo, onde o contexto médico majoritário dos encontros em saúde é verificado em atendimentos ambulatoriais, emergenciais e de hospitais gerais.

²⁰[...] Tradução ou transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas. Ainda que com larga superposição com a medicalização, a farmacologização se distinguiria por não estar necessariamente ligada a algum tipo de diagnóstico médico, como se vê no fenômeno cada vez mais presente da utilização de medicamentos sem indicação terapêutica, mas para atingir uma certa "supernormalidade", por meio do aperfeiçoamento farmacológico ("*enhancement*") (CAMARGO JUNIOR, 2013, p. 845).

8.3 MEDICALIZAÇÃO NA APS E MFC

Nos ambientes de atenção primária à saúde, que somam a maior parcela dos sítios ao redor do mundo onde se vive a relação médico-paciente, esses instrumentos alegóricos das tecnologias ultra brutas não se fazem tão presentes. Nesses espaços, a Medicalização se dá ainda de maneira rudimentar, conforme explicitado pelos teóricos da segunda metade do século XX, em velhas práticas medicalizantes, encontrando-se nas palavras do profissional, na assimetria da relação, em suas atitudes autoritárias, no cerceamento de autonomia do doente e sem deixar de se impor nas receitas.

Tendo essa construção histórica em mente, é possível explorar sob outra lente as políticas públicas de expansão e cobertura máxima pela Estratégia Saúde da Família, de territorialização, esquadrinhamento populacional por meio de cadastro detalhado das famílias, visitas domiciliares regulares pelos agentes comunitários de saúde para verificação de dados e coleta de informações. Enfim, todo esse conjunto de medidas, desde a adscrição de clientela, gerenciamento do cuidado através de listas, busca ativa, coordenação do cuidado, mapeamento de áreas e vigilância clínico-epidemiológica, todo esse equipamento pautado no elemento central família, alvo antigo da medicalização, pode ser lido como um retorno às mesmas práticas medicalizantes foucaultianas, agora repaginadas em fresco verniz, mas conservando a ideia a respeito do poder exercido pelo estado no controle dos corpos.

Análises históricas dos processos que culminaram com grande concentração de poder pela empresa médica, que agora tem grande parte do seu poderio concentrado em linhas de frente da atenção primária, são fundamentais para compreensão de como a medicina de família e comunidade pode ter raízes de uma medicina social, a partir de uma construção massiva e insidiosamente medicalizante

[...] com o início do século XX, temos um aprofundamento da industrialização e da urbanização e a ascensão de doenças “sociais” como a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis e outros surtos epidêmicos. Inicia-se, assim, uma preocupação maior do Estado com a atuação médica, diretamente no espaço social, junto aos indivíduos, suas famílias, em suas casas. A medicina passa cada vez mais a tomar como objeto a população e menos os corpos individuais dos pacientes, monitorando o aparecimento de doenças e incorporando práticas sanitárias. É nesse contexto que avança a estruturação de serviços primários de saúde e, posteriormente, a consolidação da Atenção Primária em Saúde como um nível de atenção na organização de sistemas nacionais de saúde. Esse processo é fundamental para a expansão e formatação da prática médica generalista, familiar e comunitária, tal qual conhecemos hoje (ANDRADE, p. 6).

Caminhos, esses, que apontam para a descentralização dos cuidados em saúde, com atendimentos domiciliares, valorização dos médicos generalistas e rurais, a preservação dos grandes centros hospitalares para a concentração de áreas subespecializadas e cirúrgicas, tratamento de doenças raras e graves, não sendo porta de entrada, mas dedicando-se ao treinamento dos novos médicos e realização de procedimentos técnicos de alta complexidade.

A MFC, não diferente das demais especialidades, pode desviar para quatro distintos atalhos facilitadores da instauração de um cuidado altamente medicalizado. Em primeiro lugar, por meio da expansão do que, na vida, é considerado relevante para a boa prática da medicina; em segundo, por meio da manutenção do controle absoluto de determinados procedimentos técnicos; em terceiro, por meio da retenção do acesso quase absoluto a certas áreas "tabus"; e, finalmente, por meio da expansão do que, na medicina, é considerado relevante para a boa prática da vida (ZOLA, 1972).

A primeira categoria pode ser exemplificada por ferramentas muito empregadas em ambientes de atenção primária, no Brasil e no mundo, seja desde uma escuta qualificada a uma aplicação sistemática da medicina centrada na pessoa, ou ao respeito por uma medicina holística, essa dimensão enfatiza a mudança nos padrões de entrevista médica que, na busca por uma consulta mais humanizada, passou a se interessar por tudo de mais íntimo na vida das pessoas, seus hábitos, angústias, preocupações e etc.

Notadamente, a sintomatologia psicossomática responde por grande parte das queixas em medicina ambulatorial, mas talvez faça sentido rodar esse caleidoscópio de investigação clínica para rever os extravasamentos do que sempre é chamado de vínculo, até mesmo por um equilíbrio entre uma prática cartesiana-ortodoxa eficaz e não essencialmente fria e aquilo que pode significar intromissão profissional e influência em demasia.

Esse novo modelo de raciocínio clínico com valorização do contexto sociofamiliar passou a atender melhor o paradigma multicausal das doenças, ascendendo em concomitância com a falência do modelo etiológico-específico, esse último se restringindo a explicar casos agudos orgânicos como infecções bacterianas e infartos agudos do miocárdio, porém, contribuindo pouco para decifrar pacientes multimórbidos e as condições crônicas.

Atentos à expressão do fenômeno medicalização, interrogamos desdobramentos dessa progressista hegemônica forma de construir a relação médico-paciente, cultuada no

meio da medicina de família, mas não exclusiva dessa categoria, exatamente pelo fato de soar infalível, devendo ser reproduzida, ensinada e disseminada por realmente parecer isenta de más intenções.

O segundo plano contempla o controle sobre procedimentos; disputa que, em nosso país, remonta ao histórico processo da regulamentação da profissão médica, figurada pela batalha judicial da lei do ato médico. O autor assinala ainda para a repaginação de especialidades como a cirurgia plástica, que caminhou das reconstruções para a estética, como também não deixamos de observar a “cosmetização” da dermatologia e endocrinologia.

Dentro do mesmo escopo, de controle de atividades e garantia de fatias do mercado de trabalho, extintos os boticários e limitados os farmacêuticos, os médicos tornaram exclusiva para a sua classe a prescrição de drogas e, por volta da década de 70 do século XX, o potencial de sobremedicalização já chamava atenção dos estudiosos do tema. Hoje, o temor se volta para indicação massiva de fármacos no intuito de atenuar fatores de risco provocados por estilos de vida não saudáveis (GODLEE, 2018).

O terceiro rumo para a medicalização da sociedade envolve a colonização de áreas polêmicas, pois, se previamente eram notadas como processos naturais e fraquezas morais, evoluíram para o status de doença, assim se sucedeu com o envelhecimento, a gravidez, o alcoolismo e a drogadição, todas elas, questões consideradas de competência do médico de família, constando na carteira de serviços ²¹(PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2011). Procedimentos, esses, que vão desde o pré-natal até a desintoxicação alcoólica.

A quarta trilha diz respeito ao emprego da retórica médica para se avançar em qualquer discussão, embasar determinados pontos de vista, vencer argumentações e implementar políticas, seja tratando de questões da macroeconomia no dialeto médico ou até mesmo relacionando as regras de comportamento e convivência em escolas de bairro com aspectos da saúde, para que ganhem legitimidade e a devida atenção.

²¹ A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. Voltada para todos os profissionais, gestores e população no intuito de se apropriarem dos serviços de saúde oferecidos na APS. Os profissionais da APS devem estar preparados para resolver os problemas de saúde mais comuns na população. Nesse sentido, a carteira busca equalizar as ofertas, já que muitas unidades de saúde não estariam preparadas para oferecer todos os serviços descritos na carteira de serviços, lembrando, porém, a importância de que sejam oferecidas condições para que essas ações na APS sejam disponibilizadas à população (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

8.4 ANÁLISE POLÍTICA DA MFC EM UM HORIZONTE MEDICALIZADO

É importante levantar a dúvida sobre o pensamento de que a Medicina de Família e Comunidade é uma outra medicina. Por mais que a prática generalista difira substancialmente daquela do subespecialista, as relações da MFC com a sociedade são muito mais próximas das trocas de sua ascendente, a Medicina, do que da construção de um novo paradigma.

A pujança com a qual cresce a MFC como classe de especialistas, na última década, resultado tanto das políticas de Estado quanto pelo interesse e poder regulatório do mercado, acaba por enquadrar a especialidade em condições de manufatura. O apelo em torno da mesma, a liquidez de venda da força de trabalho, a expansão galopante da titulação, que em breve se tornará a maior sociedade de especialistas médicos do Brasil, contribuem para enquadrar a MFC como produto.

A expressão de subjetividades como relações médico-pacientes singulares e espontâneas, profissionais dedicados às comunidades por períodos superiores a cinco anos, grupos de educação em saúde com grande impacto no empoderamento popular, equipes multiprofissionais orgânicas com efetiva harmonia da interdisciplinaridade continuam restritas a exemplos *sui generis*, como demonstrou Helena Ferraz, em sua experiência na comunidade do Salgueiro-RJ, desvelando a violência estrutural (FERRAZ, 2019).

Se a demanda por médicos de família e comunidade e ou generalistas configura uma plataforma pública e privada prioritária na organização de seus respectivos sistemas de saúde, é presumível que a classe gozará de privilégios. Por muito tempo ainda, considerando a dificuldade em se ofertar de maneira plena a ocupação desses postos, a mais básica regra de mercado nos mostrará que esse preço por cabeça médica tende a se valorizar.

A democratização dessa função, como visto no exemplo do PMM (GONÇALVES JUNIOR, 2017) com o intercâmbio de médicos cubanos, provou atender de maneira mais eficaz o problema crônico dos vazios sanitários. A ruptura da parceria internacional, por decisão unilateral do governo brasileiro, teve grande pressão das sociedades médicas, demonstrando a preocupação maior em sustentar esse terreno de privilégios, em detrimento das necessidades populares.

Uma vez solucionada a questão do provimento, a relação pacientes/equipes estaria mais equilibrada, permitindo lidar com uma pressão assistencial de grupos vulneráveis mesmo que encharcado de chagas sociais e impulsionado pela medicalização.

Percebo que a compreensão histórica daquilo que responde pelo frenesi em nossas portas (alta pressão assistencial) seja um ponto de partida para que o trabalho do MFC seja de alguma forma ressignificado. Só a partir desse entendimento será possível enxergar que atender muito não é necessariamente enxugar gelo. Nesse momento, é inaceitável o sofrer por ser muito demandado, por ser muito poderoso, sem uma profunda reflexão de todo o processo que nos trouxe até aqui.

8.5 DEZ HIPÓTESES SOBRE MEDICALIZAÇÃO E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Aspectos-chaves:

1. A Medicalização é “um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (CONRAD, 2007). Como instância de domínio ideológico na sociedade, a Medicina tem sustentado e perpetuado esse movimento.
2. A Atenção Primária à Saúde, pautada em princípios e atributos que se alinham aos preceitos do Sistema Único de Saúde, tende, por meio da racionalização de práticas, humanização do cuidado e lógica regional de territorialização, a configurar-se como um campo de resistência à medicalização da vida.
3. No entanto, fundamentos que remontam à humanização da assistência e são doutrinários para a MFC, como integralidade, acesso facilitado, coordenação do cuidado, longitudinalidade, advocacia em prol do paciente e clínica ampliada podem favorecer a perda de autonomia dos usuários e passam a atuar como práticas medicalizantes.
4. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o médico de família e comunidade, como “porteiro do sistema de saúde”, torna-se o responsável por acolher uma infinidade de mazelas sociais que funcionam como determinantes sociais em saúde²². Com isso, a demanda por consultas médicas se torna insaciável.

²² [...] Os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

5. Os médicos não conseguem fazer a gestão do tempo. As agendas fracassam. Modelos diversos de acolhimento e acesso são empregados sem garantia de equidade, triagem eficaz ou atendimento a todos em tempo hábil.
6. Medidas como prevenção quaternária²³ (P4) começam a degenerar, sendo uma resposta vulgar da tentativa de desmedicalização, e os médicos passam a incorrer em inércia clínica e niilismo terapêutico. Confundem-se as perícias. Medica-se demais em casos desnecessários, medica-se de menos em situações que exigem intervenção.
7. Atividades coletivas em grupo e abordagem comunitária são incorporadas como ferramentas para a transformação social, mas persistem, em sua maioria, atividades com teor normativo, de transferência hierárquica de saberes, com metodologia tradicional e expositiva.
8. Mesmo que o médico de família e comunidade tenha uma formação de excelência, através da residência médica, terá grandes dificuldades em lidar de maneira combativa com o meio medicalizador. Com a irregularidade das forças que contribuem para a medicalização da sociedade, os próprios pacientes, a gestão, a academia, a internet e a indústria farmacêutica são agentes protagonistas e o médico coadjuvante.
9. A dificuldade dos médicos de favela no amparo da população frente ao crescimento da pressão assistencial se dá ao mesmo tempo em que se observa um acréscimo de poder e reconhecimento pela classe. A responsabilidade quanto a novas atribuições, a sua popularidade e seu esgotamento representam uma sequência ininterrupta.
10. Em grandes centros, a especialidade se ramifica em ofícios totalmente distintos, a depender do cenário: privado x público, favelas x bairros de classe média. Essa variação de possibilidades de atuação afeta sensivelmente a formação desse médico. Em todos os espaços, há grande influência da medicalização, que raramente distingue classe social, apenas permuta o uso dos corpos a depender do serviço.
11. Esse encadeamento, que procura demonstrar articulações causais entre a medicalização e a MFC, é ilustrado na figura 1, em um modelo de hipóteses.

²³ Medidas tomadas para identificar pacientes em risco de sofrer intervenções excessivas, protegendo-os de nova invasão médica e oferecer-lhes alternativas, eticamente aceitáveis (BENTZEN, 2003). Tradução nossa.

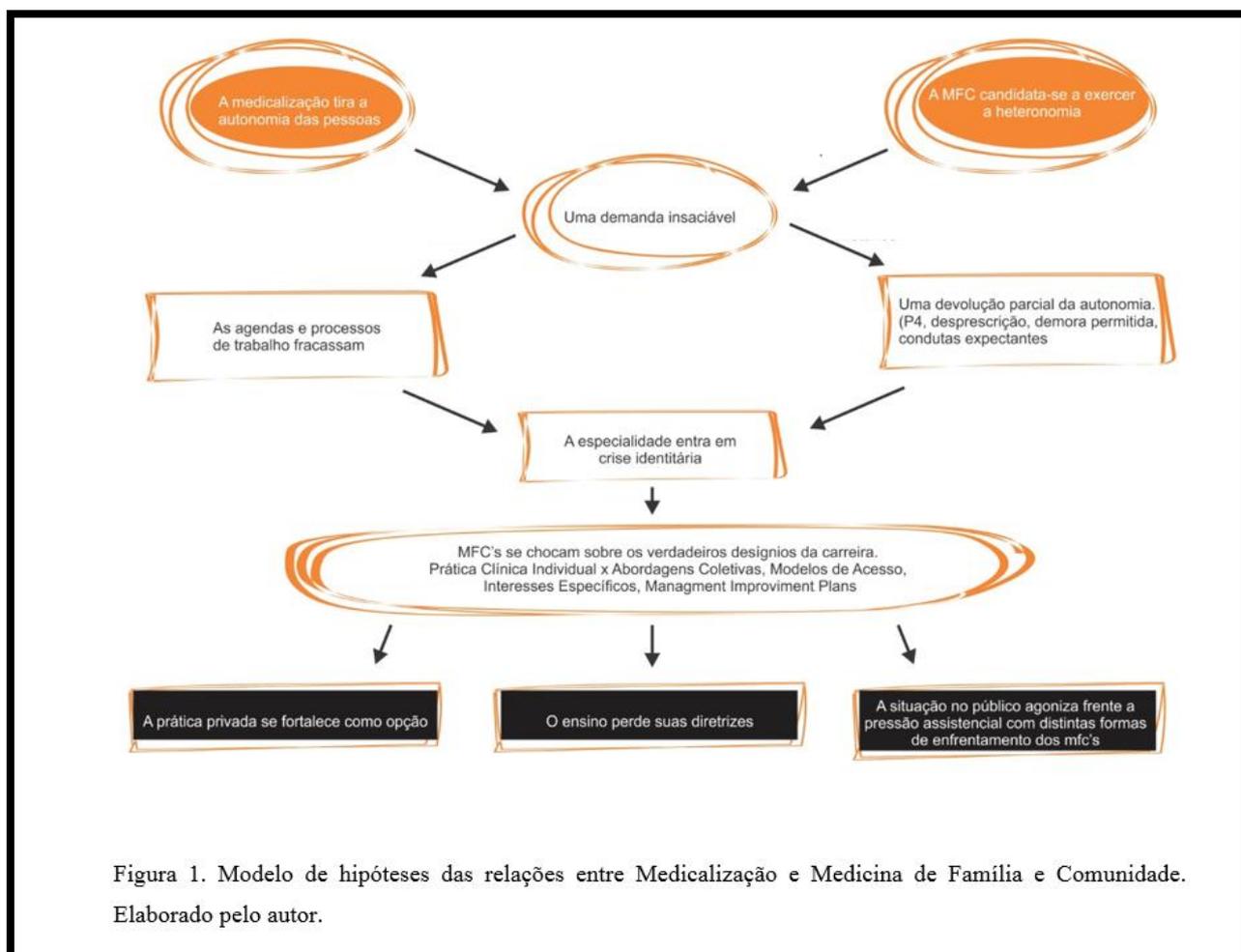


Figura 1. Modelo de hipóteses das relações entre Medicalização e Medicina de Família e Comunidade. Elaborado pelo autor.

9 EPÍLOGO

Ao fim, recontar uma série de topadas com a medicalização, retiradas de um baú de memórias amarrotadas, foi como atravessar um julgamento de meses, em que tive de me justificar, de me antecipar em explicações, por uma série de crimes cometidos. Crimes perfeitos, autoconfessos, os quais jamais teria que dar depoimento.

O médico de favela flertou com a insurgência, em conluio com o paciente, em — “*Deixa que eu mesmo faço, Doutor!*”, rendeu-se à opulência da medicalização, em *Aquele da Resignação*, travestiu-se de uma figura de mandos e desmandos, em *Joelhos de Sucata*. Por todas essas cenas, passou o mesmo personagem, lidando com um mesmo poder, sob diferentes posições e tendo discursos diversos.

Em seguida, atravessou espaços consagrados da MFC e da APS, recintos que vão desde o consultório, passando pelas visitas domiciliares e terminando no virtual sítio da gestão, para demonstrar que, em cada um desses, uma espanada pode revelar marcas indeléveis da medicalização, que antes de naturalizadas devem ser sempre problematizadas.

Em *Relações descoordenadas*, talvez o maior atrito comunicativo vivenciado pelo autor, a reflexão proposta serviu para ressignificar ações automáticas que, apesar de impensadas, se pretendem a partir de boas intenções. *Fôlego, pilhas e xaropes* é indubitavelmente uma desconstrução do *burnout*, uma ode à entrega do médico de favela à uma rotina exaustiva de atendimentos, de luta anti-sucateamento do SUS. Uma entrega sem esquivas, por mais adoecedora que seja a realidade, a partir do entendimento de que ela foi escolhida e, uma vez assumida, precisa ser transformada. Não deixa de ser uma crítica polêmica à cultura da queixa. Esse sentimento tem continuidade na distopia que é apresentada adiante.

As contradições estão em toda parte. Ora questiono a inépcia do médico de família e comunidade, ora sua resolutividade. Em dado momento, a crítica volta-se à ostensiva vigilância para, em outro trecho, encurralar a indiferença quanto às populações negligenciadas. Mas, se a ação, o movimento, pode ter uma conotação medicalizante pejorativa, nessas análises, o repouso não é por si só desmedicalizante e desejável. A falta de reação é pior, é medíocre. Como não parti de certezas, a produção deu-se formulando perguntas a todo tempo. Encaro essas oscilações como um resultado esperado do colóquio entre o autor e o médico de favela.

Cabe uma ressalva sobre o recorte do trabalho. Esse se deu majoritariamente em relação à figura médica. A equipe de ESF e a APS aparecem de forma muito indireta, como

coadjuvantes. Apesar das inegáveis perdas, ao relativizar esses demais atores, foi uma opção desde o princípio a fim de dar visibilidade ao encontro MFC-Medicalização, naquilo que há de forte desde o lugar de médico. Outra limitação importante foi um foco voltado para a manifestação da medicalização na relação médico-paciente.

Quis demonstrar que, antes mesmo de todo o mal em potencial causado pelo médico generalista, que atua na atenção primária sem uma especialização “de excelência”, como a residência médica – estando a salvo, exceções para o bem e para o mal de ambos os lados –, o protótipo ideal de um médico de favela, aquele com boa formação e experiente, teria um amplo alcance medicalizante, talvez maior do que os colegas.

Na interminável tarefa de reler as páginas, editando o trabalho, foi possível reencontrar os sentimentos que deflagraram a discussão que me propus a fazer. Deveriam estar apaziguados, pois são fruto de uma intempérie interna, mas parecem ter aflorado com essa jornada de amadurecimento. Gostaria de terminar a escrita com uma fala mais doce e ter remediado uma série de decepções, como ousei fazer em algumas das postulações teóricas apresentadas. No entanto, aguça-me esse espaço de livre reflexão para semear mais perguntas e provocações.

Divagarei um pouco mais por aqui, já que resultados, se os tenho, estariam dispersos nos capítulos prévios. Surgem últimas ideias espasmódicas, como insistentes digressões, sendo tentativas de extrapolação da experiência autoetnográfica.

Percebo ainda uma seletividade nítida de acesso, um filtro sabotado, desleal no tocante ao emprego do poder pelo médico de favela. Imaginemos a seguinte cena, desnecessária de se encenar, por ser um tanto quanto corriqueira, em que o paciente busca por atendimento na unidade básica de saúde e, a depender da queixa, do porte de documentos, da classe social, é absorvido ou não pelo serviço. Ela é capaz de exemplificar o nó assistencial, onde, mais do que a confusão dos fluxos, o caminhar na rede e seus itinerários se dão ao sabor de coordenadas traçadas por diretrizes como a boa vontade, a compaixão, a misericórdia e seus correlatos ultrajantes, antes do que pela sapiência clínica dos médicos.

O discernimento enviesado, a seleção do que se quer tratar e do que se quer mandar embora ou rechaçar com obstáculos, o cultivo de pacientes à maneira do que agrada atender ainda é uma via de medicalização pernóstica.

Essa nova trajetória me marca por explicar os porquês de algumas derrotas parciais. Porque, em um meio de jovens idealistas médicos de família, a desolação é cada vez maior,

porque, apesar de lindas estórias de novas formas de cuidado, a transformação social pela MFC ainda é uma miragem.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. **STF derruba exigência de diploma para exercício da profissão de jornalista.** G1, Brasília, 17 jun. 2009. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular/0,,MUL1198310-5604,00-STF+DERRUBA+EXIGENCIA+DE+DIPLOMA+PARA+EXERCICIO+DA+PROFISSAO+DE+JORNALISTA.html>>. Acesso em: 2 mar. 2020.

ALMEIDA, P. F. *et al.* **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 244–260, 2018.

ANDRADE, H. S. *et al.* **A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, 20 dez. 2018.

AUGUSTO, D. K. *et al.* **Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** v. 13, n. 40, p. 1–4, 7 jun. 2018.

BALINT M. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.

BELL, S. E.; FIGERT, A. E. **Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward.** Social Science & Medicine, v. 75, n. 5, p. 775–783, set. 2012.

BENTZEN, N. **WONCA dictionary of general/family practice.** Copenhagen: MaanedskiftLager; 2003.

BONET, O. **Os médicos da pessoa: Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina.** 1 ed. - Rio de Janeiro: 7 letras, 2014. 266 pp.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Erisipela.** Biblioteca Virtual em Saúde, 2015. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/dicas-em-saude/2066-erisipela>>. Acesso em: 4 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 971. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;** DOU seção 1; 4/05/2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

CAMARGO JUNIOR., K. R. **Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, May 2013.

CAMPOS, G.W.S. *et al* (org.). **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009a. Cap. 2. pp.41-80.

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A.; BRANDÃO, A.L. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 5

CAMUS, A. **O homem revoltado.** Rio de Janeiro, Record, 352 pp, 1996.

CAMUS, A. **O Mito de Sísifo.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

CARDOSO, R. V. **Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família** [thesis online]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 268 p. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000605.pdf>.

CARDOSO, R. V. **Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família.** RevBrasMedFam Comunidade. 2015;10(35): 1-10.

COELHO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. **A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 1 [Acessado 17 Março 2019], e00170917.

CLARKE, A. *et al.* **Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S.** Durham: Duke University Press; 2010.

CONRAD, P. **The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior.** *SocProbl*1975; 23(1):12-21.

CONRAD, P. **The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

CUNHA Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** 2004. 182 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

DUNCAN, BB, Ivana Cristina H. C. Barreto, Vera Dantas, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ana Ester Maria Melo Moreira, **Educação em Saúde e Intervenções Comunitárias** In: Duncan BB, organizador. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 98.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. **Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, Aug. 2011

FERRAZ, H. **Enfrentamento da Violência Estrutural em uma Comunidade Vulnerável na cidade do Rio de Janeiro: Relato de Experiência de profissionais envolvidos em um trabalho em rede.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social.** In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 1979a. p. 79-98.

FOUCAULT, M. **A política da saúde no século XVIII** In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 1979b. p. 296-317.

FOUCAULT, M. **A vontade de saber** (1976). Rio de Janeiro: Graal, 1999. (História da sexualidade, 1).

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 285-315.

FRY, J. **Common diseases**. London, MTP, 1974.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial**. In: Merhy EE, et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.55-124.

GAUDENZI, P. **Mutações biopolíticas e discursos sobre o normal: atualizações foucaultianas na era biotecnológica**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 60, p. 99–110, 20 out. 2016.

GODLEE, F. **Pills are not the answer to unhealthy lifestyles**. *BMJ*, p. k3046, 12 jul. 2018.

GOLDING, W. **Lord of the Flies**. New York: Penguin Putnam, 1959.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

HANSEN, S. N.; SCHENDEL, D. E.; PARNER, E. T. **Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders: The Proportion Attributable to Changes in Reporting Practices**. *JAMA Pediatr.*;169(1):56–62, 2015.

IDRING, S. *et al.* **Changes in Prevalence of Autism Spectrum Disorders in 2001–2011: Findings from the Stockholm Youth Cohort**. *J AutismDevDisord* **45**, 1766–1773, 2015.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina**. 3rd ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

ILLICH, I. **Medicalization and primary care**. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, London, v. 32, n. 241, p. 463-470, 1982.

INCA. **Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Boletim ano 8, nº 2, julho/dezembro 2017**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde, 2017.

IRIART, C.; MERHY, E. E. **Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico**. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 1005-1016, Dec. 2017.

GAULEJAC, V. **A doença do Management**. Rio de Janeiro, 2013. Entrevista concedida à FGV EASP Pesquisa. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=P7B0Y15gS1E>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

GÉRVAS, J. Sobrediagnóstico como error pronóstico. **El caso del sobredianóstico en el cáncer de pulmón**. Acta Sanitaria, Madrid, 15 dez. 2013, El Mirador. Disponível em: <<https://www.actasanitaria.com/sobrediagnostico-como-error-pronostico-el-caso-del-sobrediagnostico-en-el-cancer-de-pulmon/>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

GONÇALVES JUNIOR, O. *et al.*. **Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa**. Saudesoc., São Paulo, v. 26, n. 4, p. 872-887, Dec. 2017.

GØTZSCHE, P. **Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica**. Porto Alegre: Bookmann, 2016.

HORTON, R. (b): **Is it time for a glorious Revolution?** Lancet 2015; 385: 1818.

KEATING, N. L.; Pace L. E. **Breast Cancer Screening in 2018: Time for Shared Decision Making**. JAMA. 2018; 319(17):1814–1815.

KIDD, M. **A Contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde**. Um Guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). - 2 ed., Artmed, Porto Alegre, 2016.

KLOETZEL, K. **Medicina Ambulatorial: Princípios Básicos**. São Paulo: EPU, 1999.

LANDI, L. C. M. **Cuidados em saúde: das inquietações aos atos**. 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

LEANDRO, J. A.; LOPES, B. A. Cartas de mães e pais de autistas ao Jornal do Brasil na década de 1980. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 153-163, mar. 2018.

LENZER J. **Relatório secreto dos EUA é divulgado sobre antidepressivos em crianças**. BMJ. 2004;329:307.

LUPTON, D. **Foucault and the medicalisation critique**. In: Foucault M, organizador. Health and Medicine. London: Routledge; 1997. p. 94-110.

LUZ, M. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

MAYBIN, J. *et al.* **Accountability in the NHS: implications of the government's reform programme**. London: The King's Fund, 2011.

MCWHINNEY, I. **“The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine”**. Part II: **“Transcending the mindbody fault line”**. Can Fam Physician. 1997; 43:193-5; 404-6.

MCWHINNEY, I. Freeman T. **Textbook of family medicine**. Oxford : Oxford University Press ; 2009.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**, 1998.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIRANDA C, M.; MIRANDA C, E. La práctica médica y surepresentación artística: comentario sobre la obra "El Doctor", de Sir Luke Fildes. **Rev. méd. Chile**, Santiago , v. 141, n. 11, p. 1489-1490, nov. 2013.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-9, 31 mar. 2015.

NASSAR, R. **Lavoura arcaica** 1.ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1975.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, Sept. 2009.

OLESEN, F.; DICKINSON, J.; HJORTDAHL, P. **General practice--time for a new definition**.BMJ. 2000;320 (7231):354-7.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, v. 79, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

PASSOS, E. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina Editora Meridional, 2010.

PELBART, P. P. **“Por uma arte de instaurar modos de existência que não existem”**. In: FUNDAÇÃO BIENAL. 31ª Bienal de São Paulo. São Paulo: Fundação Bienal, 2014.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Contrato de Gestão N°xxxxx/2015 – SMS/NTCSS**. São Paulo, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROSE, N. **Beyond medicalisation**. *The Lancet*, v. 369, n. 9562, p. 700–702, fev. 2007.

SENNET, R. **O artífice**. Trad. Clóvis Marques. 3 ed. Editora Record. Rio de Janeiro, 2012.

SAADA, F. J. “**Ser Afetado**”. *Cadernos de Campo*, v. 13, n. ° 13: 155-161, 2005.

SANTOS, M. R. S. **Síndrome de Burnout entre médicos atuantes na estratégia de saúde da família: uma análise no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, S. M. A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural**, v. 24, n. 1, p. 214–241, 30 ago. 2017.

SANTOS, M. R. C.; LINS, L.; MENEZES, M. S. “**As intermitências da morte**” no ensino da ética e bioética. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 135-144, Jan. 2018.

SILVA, Q. T. A.; CECILIO, L. C. O. **A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 559-575, Apr. 2019.

STEINBERG, P. Opinion | **Asperger’s History of Overdiagnosis**. *The New York Times*, 2012.

SZASZ, T. **The myth of mental illness: foundations of theory of personal conduct**. New York: Harper Row; 1974.

TAKAHASHI, N. *et al.* **Association of Genetic Risks With Autism Spectrum Disorder and Early Neurodevelopmental Delays Among Children Without Intellectual Disability**. *JAMA Netw Open*. 2020;3(2):e1921644. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.21644

ZOLA, I. K. **Medicine as an Institution of Social Control**. *The Sociological Review*, v. 20, n. 4, p. 487–504, nov. 1972.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WIDMER, D. Raízes filosóficas da Prevenção Quaternária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-8, 24 jun. 2015.

ZHANG, Daqing and Paul U. Unschuld. "**China's barefoot doctor: past, present, and future.**" *The Lancet* 372 (2008): 1865-1867

ANEXO - UMA ENTREVISTA INUSITADA

Tony Benn, democrata britânico, enunciou cinco questões que sugeria serem colocadas para toda instituição: Que poder você tem? Qual a origem do seu poder? O exercício de seu poder atende aos interesses de quem? Você responde a quem? Como podemos nos livrar de você? (HORTON, 2015). Peço o direito de resposta em relação às instituições a que pertencço: a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pois considero respostas que exigem uma autocrítica que os sujeitos institucionais em sua maioria não fazem. Mas, não respondo por elas, respondo como um médico de favela para os usuários.

Que poder você tem?

Em verdade, seria até mesmo difícil precisar onde ele começa e por onde se estende. O tenho como algo inato, divino, como monarcas absolutistas o tinham. Mas, o esforço da retórica filosófica me impele a pensar e posso dizer que me sinto poderoso, a princípio, por ter emprego pleno como médico, num país com dezenas de milhões de desempregados.

Uma vez graduado, me encontro em um andar da pirâmide dos trabalhadores liberais assalariados próxima ao topo, em termos de renda. Seja eu médico de piscina, a deliberar sobre aptos e inaptos a banharem-se, após “minucioso” exame dermatológico, seja eu médico examinador, a aprovar ou descartar trabalhadores capazes de assumir suas funções laborais com um estetoscópio patronal.

No entanto, me tornei um médico de favela. Com isso tenho poderes específicos, os quais descrevo naquilo que segue: tenho o poder de te privar de escolhas. Goste de mim ou não, fui nomeado médico da sua rua, seu, da sua família e dos seus vizinhos. Não poderá escolher outro doutor, outra equipe²⁴, nem da mesma clínica, quer ele seja mais resolutivo, ético ou empático do que eu. Mas, de fato, essa condição não é o meu poder. Essa é a sua falta de poder. Sua submissão. Porque o poder, de certa forma, para ser poder, exige o seu exercício sobre o outro. De qualquer forma, essa primeira definição de sujeição nos fornece uma base.

²⁴A forma de pagamento aos médicos gerais pode ser por capitação (médicos profissionais independentes trazem consigo a lista de pacientes e o monopólio do acesso aos especialistas – papel de filtro do médico geral). [...] Entre os países com sistema de saúde nacional público e pagamento por capitação encontram-se: Canadá (província de Ontário), Dinamarca, Eslovênia, Espanha, Holanda, Irlanda, Itália, Noruega, Nova Zelândia e Reino Unido. (GUSSO, 2019). Sob esse sistema, o paciente tem alguma liberdade de vincular seu cadastro e prontuário ao médico que lhe convir.

Qual a origem do seu poder?

Estatal. Minha existência deriva da promulgação de políticas públicas. A partir de um entendimento de que a MFC pode contribuir com os países do mundo todo, para manter e melhorar a saúde e o bem-estar de seus cidadãos (KIDD, 2016).

Faço parte de um grande projeto de biopolítica (FOUCAULT, 1999), que cuida e trata as massas, computando em números e códigos todos os elementos do homem-corpo. Debruço-me sobre as crianças vacinadas e as não vacinadas, o número de gestantes em minha área, as taxas de mortalidade infantil e da população geral. Pelo quantitativo de diabéticos, hipertensos e suas infindas parametrizações de acompanhamento. Interessam-me também os tuberculosos, leprosos.

Também tenho o hábito de planilhar e bem identificar os desempregados, as vítimas de violência, aqueles com problemas de abrigo e habitação, mães e pais solteiros, sedentários, anoréxicos, dependentes de cadeiras de roda, usuários de drogas, transexuais, profissionais do sexo, ex-presidiários, mulheres de presidiários, os adotados, idosos que moram sozinhos, acamados, mulheres e homens do lar: quem são, quantos são.

Ainda, aqueles que vivem de aluguel, exilados, crianças fora da escola, moradores sem saneamento básico, portadores de HIV, cuidadores de familiares doentes, portadores de câncer, aqueles que vivem em condições miseráveis e os que convivem com incerteza alimentar, os que tentaram suicídio, e um dia, enfim, terei atualizado o banco de dados com mais de cento e trinta condições médicas e sociais de meu interesse e do meu chefe, listadas na classificação internacional de doenças ou passíveis de consultar nos registros de cadastro das fichas dos agentes comunitários de saúde.

Meu poder, porém, não emerge apenas da legitimidade de um governo. É ainda creditado pela profissão com talvez o maior prestígio social. Sou médico.

Para além do alcance da minha influência sobre a comunidade, meu biopoder (FOUCAULT, 1999) também se manifesta no plano individual, em cada corpo. Detentor de um conhecimento médico geral, há de me procurar e atentar as minhas recomendações para todo e qualquer mal que por revés venha lhe acometer. Ora se este não é um controle total! Uma dependência completa! E uma soberania de fato!

Caso lhe suceda uma dor de cabeça, um lumbago ou um desassossego inespecífico na barriga, uma estranheza nas mãos, virás a mim. Por uma dor em qualquer segmento do seu corpo, ou até mesmo em sua alma, é a mim que recorres.

Não tendo certeza sobre a origem desse mal que lhe atormenta, uma coisa tens como certa, a saúde não vai bem e a medicina terá alguma resposta, o médico de favela será sua única opção, na maioria das ocasiões. Terás ainda que codificar esse sofrimento em minha linguagem científica, ou terá que torcer para que eu tenha esse cuidado de tradutor.

Por isso, conhecimento é poder. Daí também que ele emana. Mais do que reprimir, julgar, condenar, você será programado a respeitar normativas que vão desde um guia de conduta em meu espaço, a unidade básica de saúde, até uma prescrição detalhada, estando eu atento à sua obediência a todo esse novo comportamento.

O exercício de seu poder atende aos interesses de quem?

Acredito que vários atores se beneficiam de uma corrente do absurdismo como essa, da qual fazemos parte como promotores da saúde. Ganham os gerentes, os secretários, os médicos, os políticos, a indústria farmacêutica e de equipamentos, afinal, é uma soma importante envolvida na operacionalização desse grande projeto.

Por que é uma lógica absurda? Porque trata-se de uma meta inalcançável. Somos como Sísifo (CAMUS, 1942), rolando a pedra montanha acima e deixando-a escapar e descer já próxima do cume. Afinal, como se espera alcançar um sentimento descrito como: um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946)? Pois, lhe garanto, a depender de mim, eu jamais posso te garantir esse deslumbramento utópico de felicidade.

Outra máxima, há muito ventilada, é aquela que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Toda essa construção deveria atender ao maior interessado: você, paciente e usuário. De fato, não é o que podemos observar, daí a atividade que estamos a desenvolver, respondendo essas questões tão afrontosas.

É importante que perceba que, mesmo próximo desse objetivo insano, a modernidade e as biotecnologias extrapolaram todas as nossas capacidades de medicalizar a vida, o que lhe trará ciclicamente uma sensação de insatisfação. O biopoder tem novas considerações a partir de corpos transformados por próteses e hormônios, órgãos artificiais, dispositivos sintéticos que não são identificados como corpos estranhos, mas se ajustam

perfeitamente a anatomia humana, resultando numa quebra de paradigmas radical, no tocante à normalidade e patologia, derrubando categorias fixas de sexo, raça e deficiência.

A biopolítica e o biopoder têm reflexos inéditos na atualidade, incubados, ou mesmo nem gerados, ao longo dos séculos XVIII em diante (GAUDENZI, 2016). Se antes havia uma clara separação entre corpo e máquina, sendo adversários, como no cenário laboral fabril, hoje, a mecânica é simbiote do homem.

Você responde a quem?

Há um complexo organograma hierárquico por trás da minha figura. Eu, teoricamente, devo explicações a muitos superiores e pares. Ao gerente da minha unidade, ao superintendente de atenção primária, ao secretário de saúde, à um código de ética, ao conselho regional de medicina.

Sendo uma disciplina deontica, obedecemos a um conjunto de regras, a conexões ético-jurídicas. Há uma série de protocolos e diretrizes que devemos seguir. Em caso de desobediência, pode-se incorrer em infrações e consequentes sanções e penalidades previstas.

Devo reconhecer que, por vezes, respondo a tantas linhas e estatutos, que me sinto um mero instrumento, me sinto iludido. Vítima de um *management* voltado para a sobredada. Digno de uma autonomia controlada (GAULEJAC, 2013). Por outras vezes, são mesmo vocês, usuários, que me fazem sentir como se o meu trabalho não tivesse sentido. Em vez de recorrerem ao sindicato por justiça social, de forma coletiva, recorrem ao médico de favela à procura de fluoxetina, individualmente.

Como podemos nos livrar de você?

Sem dúvidas, isto só pode se dar a partir de uma nova consciência e, daí, para uma insurreição. Caminhando dentro da filosofia camusiana, podemos avançar da questão existencial trazida em O Mito de Sísifo, “Por que não devo me matar? ”, pela falta de sentido da vida, para aquela suscitada em o Homem Revoltado, “Por que não devo matar os outros?” (CAMUS, 1942; 1951).

O assassinato, aqui, deve ser encarado de maneira não literal, e análogo a um dizer de um “não”. Uma negação como uma imposição de limites. Esse tipo de negativa ao médico já é uma realidade em diversas situações. Quando não se convence de um diagnóstico, quando não se adere a um tratamento, quando não se aceita uma recomendação de mudança de estilo de vida ou não se acata a realização de um exame complementar indicado.

Mas, ainda assim, seria um não tardio, já após a procura, o desespero e a insegurança. Instiga-se uma retomada de autonomia, que quer devolver os saberes do corpo e da psique para que o próprio indivíduo tenha discernimento maior de quando deve ou não recorrer a terceiros. E não estamos, aqui, falando de uma completa ruptura dessas relações, o que seria imprudente, temerário e inexecutável, mas de um distanciamento e não uma renúncia.

A revolução poderia também ter um caminho contrário, partindo da conscientização do médico de favela, a partir da opressão que sofrem os pacientes, e talvez um despertar reflexivo sobre a medicalização possa nascer do lado mais poderoso.