



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Vanessa Araújo Argôlo

**Enlaçamento de mundos:** os sentidos de ser Médica de Família e Comunidade e contribuições da Medicina Antroposófica

Rio de Janeiro

2023

Vanessa Araújo Argôlo

**Enlaçamento de mundos:** os sentidos de ser Médica de Família e Comunidade e contribuições da Medicina Antroposófica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio 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.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Bridging worlds: the meanings of being a Family Doctor and Contributions of Anthroposophical Medicine.

A695e      Argôlo, Vanessa Araújo.  
Enlaçamento de mundos: os sentidos de ser Médica de Família e Comunidade e contribuições da Medicina Antroposófica / Vanessa Araújo Argôlo. -- 2023.  
84 f. : il.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 81-84.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Medicina Antroposófica. 4. Processo Saúde-Doença. I. Título.

CDD 362.12

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Vanessa Araújo Argôlo

**Enlaçamento de mundos: os sentidos de ser Médica de Família e Comunidade e contribuições da Medicina Antroposófica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio 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: 29 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Leandro David Wenceslau  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

## AGRADECIMENTOS

À essa força de amor e harmonia que tudo rege por me conceder a dádiva da existência e da vida.

À minha mãe Edelísia, por todos os sacrifícios, amor e por sua alegria que me ensina a não levar tudo tão a sério.

À minha mãe-dinda Ana Lúcia, por todo o carinho, generosidade e inspiração na arte de cuidar.

À Renata, por ser minha parceira mais antiga, por me ensinar tanto só por existir e por representar ternura e pertencimento.

À Luiza, pelo amor, acolhimento e paciência nos últimos meses dessa jornada, a vida é mais leve com você.

Às minhas gatinhas, companheiras de vida e de escrita, Lulu e Lua, por me proporcionar essa delícia que é receber o amor de um animal.

À Bia, por ser minha amiga-irmã que mesmo distante me proporciona o calor de sua amizade.

Aos também amigos da residência e da vida, minha família carioca, Júlia, Dandara, Raquel, Pilar, Thiago, Marina e Gabriel por dividir as dores e delícias de ser MFC e por me presentear com tantos momentos divertidos e inusitados.

A Ernesto, preceptor querido e afetuoso, por me incentivar desde sempre a seguir as minhas metáforas.

À Cecília, preceptora, colega de trabalho e amiga, pelas nossas trocas e cumplicidades que me fazem falta no dia a dia.

À Cabritinha, por ter me ensinado a ser preceptora, por ser parceira de iniciativas, pelas histórias bonitas compartilhadas e pela amizade.

Aos meus pacientes que tanto me ensinaram.

À todos os colegas MFCs com quem pude trabalhar e trocar "causos".

Aos amigos do mestrado, pelas quintas alegres e por todo o apoio nessa reta final. Em especial a Thaís e Amandinha.

À Valéria Romano, orientadora e amiga, por sua sabedoria nas provocações e serenidade para lidar com os meus momentos de tormenta.

## Meditação do Médico e Terapeuta

“Salutar só é quando  
no espelho da alma humana  
se forma a comunidade inteira,  
e na comunidade  
vive a força da alma individual.  
Eis o princípio da ética social”  
(Steiner, 2012).

## RESUMO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade que surge para atender a necessidade de cuidado centrado na pessoa e superar os problemas e limites do modelo biomédico. No entanto, há atravessamentos na sua prática. Esse estudo investigou, a partir das experiências da autora, os sentidos de ser Médica de Família e Comunidade e as possíveis contribuições da Medicina Antroposófica para o cuidado integral. O método de pesquisa adotado foi a etnografia, inspirada na cartografia. Aspectos relacionados ao trabalho na APS carioca, como sobrecarga, foco no controle de fatores de riscos e mecanismos de gestão foram apontados como produtores de descaracterização dos princípios da MFC, desmotivação para o trabalho e baixa fixação dos profissionais nos serviços. A força do modelo biomédico na prática do Médico de Família e Comunidade (mfc) também promove crise em sua identidade e compromete o cuidado integral. O conhecimento sobre as ferramentas próprias da especialidade parecem contribuir mais para os aspectos relacionais e entendimento da experiência de doença e do contexto da pessoa, do que para transformar o raciocínio clínico. O desconhecimento sobre os fundamentos filosóficos da MFC propostos por McWhinney também foram implicados nesse processo. Por fim, a autora afirma que a Medicina Antroposófica pode trazer novos conhecimentos sobre o fenômeno de saúde-doença que fortalecem a missão do Médico de Família e Comunidade de transcender a biomedicina e realizar cuidado integral. Apresenta exemplos das contribuições e potenciais sinergias entre os saberes desses campos.

Palavras-chave: medicina de família e comunidade; cuidado integral; medicina antroposófica.

## **ABSTRACT**

Family Medicine (FM) is the specialty that emerged to meet the need for person-centered care and overcome the problems and limits of the biomedical model. However, there are obstacles in its practice. This study investigated, based on the author's experiences, the meaning of being a Family Physician and the possible contributions of Anthroposophical Medicine to comprehensive care. The research method adopted was ethnography, inspired by cartography. Aspects related to work in Primary Health Care in Rio, such as overload, focus on controlling risk factors and management mechanisms were identified as producing mischaracterization of the FM principles, lack of motivation for work and low retention of professionals in services. The strength of the biomedical model in the practice of Family Doctors also promotes a crisis in their identity and compromises comprehensive care. Knowledge about the specialty's own tools seems to contribute more to the relational aspects and understanding of the disease experience and the person's context, rather than transforming clinical reasoning. The lack of knowledge about the philosophical foundations of MFC proposed by McWhinney was also implicated in this process. Finally, the author states that Anthroposophical Medicine can bring new knowledge about the health-disease phenomenon that strengthens the Family Physician's mission of transcending biomedicine and providing comprehensive care. It presents examples of the contributions and potential synergies between the knowledge of these fields.

**Keywords:** family medicine; comprehensive care; anthroposophical medicine.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estrutura das Doenças.....	46
Quadro 2 - Paradigma Organísmico de McWhinney.....	58
Figura 1 - Construto hierárquico dos níveis de existência de Schumacher.....	59
Quadro 3 - Potenciais Sinérgicos entre a MFC e a Medicina Antroposófica.....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MC	Medicina Comunitária
MFC	Medicina de Família e Comunidade
mfc	Médica(o) de Família e Comunidade
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SC	Saúde Coletiva
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>PRIMEIROS PASSOS.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>O CHAMADO.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>MAPA DE NAVEGAÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS DA MFC.....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>A MFC E O TRABALHO.....</b>	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>MFC, JUVENTUDE E A CORAGEM DE SER DIFERENTE.....</b>	<b>37</b>
<b>8</b>	<b>A MEDICINA MODERNA TEM UM NOME.....</b>	<b>42</b>
<b>9</b>	<b>A BIOMEDICINA É POP, É TECH, É TUDO.....</b>	<b>48</b>
<b>10</b>	<b>A BIOMEDICINA NA PRÁTICA DO MFC.....</b>	<b>51</b>
<b>11</b>	<b>FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DA MFC E O PARADIGMA HOLÍSTICO DE MCWHINNEY.....</b>	<b>54</b>
11.1	UM NOVO MÉTODO CLÍNICO.....	54
11.2	PARADIGMA ORGANÍSMICO DE MCWHINNEY.....	56
11.3	RECONCILIAÇÃO COM A MFC.....	60
<b>12</b>	<b>CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA PARA A MFC.....</b>	<b>63</b>
12.1	ANTROPOSOFIA COMO CIÊNCIA E MEDICINA ANTROPOSÓFICA COMO RACIONALIDADE MÉDICA.....	63
12.2	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA.....	65
12.3	MFC E MEDICINA ANTROPOSÓFICA: SABERES SINÉRGICOS.....	69
<b>13</b>	<b>10 CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA PARA O CUIDADO INTEGRAL.....</b>	<b>77</b>
<b>14</b>	<b>EPÍLOGO.....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

## 1 PRIMEIROS PASSOS

### Conversas Paralelas

- *Mas qual a graça de fazer Medicina? Biologia é tanta decoreba.*
- *É o estudo da vida do ser humano! Tem coisa mais interessante?*
- *Ah não sei, prefiro uma profissão onde eu possa criar e construir coisas novas. Na Engenharia, se cria o tempo todo.*

*A sala de quase 100 alunos pré-vestibulandos começa a se agitar, anunciando o término do exercício de citologia apresentado no quadro pelo professor.*

- *Temos que fazer o exercício, mas hein, é claro que tem espaço para criar na Medicina, se tanto a biologia quanto a psicologia e filosofia falam do ser humano, é preciso combinar isso tudo para tratar alguém. Não tem como ser decoreba.*
- *Aham sei, meus amigos que fizeram medicina não gostam de filosofia.*
- *Eu sei que a Medicina se preocupa mais com o corpo, a psicologia com a alma, mas eu que descobrir o que une. Quais os limites entre o corpo e alma?*

Quando penso no início da jornada que me trouxe até o Mestrado, relembro desse diálogo com um amigo do cursinho pré-vestibular. Antecipava que faria neurologia, praticamente desconhecia a psiquiatria e nunca tinha ouvido falar em Medicina de Família e Comunidade. Nem imaginava o que viria pela frente.

Estudei Medicina na Universidade Federal de Sergipe, à época, com modelo tradicional de ensino, ou seja, currículo dividido em ciclo básico e ciclo clínico. Atividades práticas concentradas no hospital. Estudo minucioso nos detalhes das substâncias e moléstias e genérico na abordagem com os pacientes.

A sala de aula muitas vezes representava a ideia de grade, constructo fechado curricular. Os corredores do campus eram locais de arejar ideias, conhecer novos mundos. Na minha formação fez toda a diferença experimentar outros espaços, não desenhados no projeto pedagógico do curso. Com destaque para o movimento estudantil, que ofereceu um verdadeiro currículo "oculto" e para atividades extensionistas, como a participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET saúde).

Esta última permitiu a vivência por dois anos em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, desde o segundo período. No currículo, esta atividade só estava prevista para o estágio em Medicina Preventiva e Social no internato.

O centro acadêmico de medicina e os coletivos do movimento estudantil proporcionaram contato com discussões sobre o direito à saúde e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Participei de discussões no colegiado de Medicina sobre a necessidade de reforma curricular para adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina. Nesta experiência, tive contato com os temas da educação médica e da fragmentação do ensino e do cuidado. Entendi a discrepância entre a formação médica hospitalocêntrica e fundamentada em especialidades focais e a necessidade de formação de profissionais com perfil generalista, aptos para o trabalho na lógica da Atenção Primária à Saúde (APS).

Conheci a Medicina de Família e Comunidade (MFC) também nos primeiros períodos do curso, através de um professor substituto, recém chegado na cidade. Percebendo que muitos alunos chegavam no estágio do internato sem sequer ter ouvido falar na especialidade, ele procurou o grupo do coletivo em saúde que eu participava com a proposta de criação de uma liga de MFC. As vivências na liga produziram as sementes da futura escolha da especialidade.

Nesse período, também tive contato com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) através do trabalho do Movimento Popular em Saúde de Sergipe e outros estados do Nordeste. Norteados por princípios da educação popular, ofereciam cursos, encontros e intervenções para a divulgação de práticas como: fitoterapia, massagem, auriculoterapia, reiki e constelação familiar.

Já no terço final do curso, submetida a mais horas de aulas e estágios, sentia o cansaço e tinha dúvidas sobre o caminho a seguir. A afinidade com outras disciplinas, como a psiquiatria e a ginecologia-obstetrícia, e por outro lado, a pouca inserção formal da MFC na graduação, a promessa de "segurança" das outras especialidades, a falta de mais mfc's de referência, contribuía para a indecisão.

Surge então a oportunidade de realizar graduação sanduíche pelo programa Ciências Sem Fronteiras e não pensei duas vezes ao decidir ir. Era o folêgo e a perspectiva que eu precisava. Lembro que foi depois do estágio no Laboratório de Comportamento Humano e Farmacologia do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Chicago que tive certeza que deveria ser Médica de Família e Comunidade (mfc). O intenso contato com a tecnologia e a força biomédica do curso de Medicina nos EUA, iluminou o caminho que fazia sentido para mim e principalmente aqueles em que não havia coração.

Abracei a escolha de ser mfc e fui atrás de referências que me mostrassem que era um caminho possível de ser seguido. A rede da APS em Aracaju estava fragilizada, então consegui autorização para fazer um estágio eletivo em Petrolina-PE, onde pude acompanhar um serviço

com residência e com Médicos de Família e Comunidade inspiradores. Durante esse estágio, soube do programa do Rio de Janeiro e das mudanças em curso na cidade.

A Medicina de Família e Comunidade me permitiu resgatar o propósito de ser médica, muitas vezes perdido durante a graduação. No entanto, já nas primeiras consultas durante a residência, entendi que a busca pelos meus desejos mais profundos, de uma compreensão holística do ser humano, estava só começando.

## 2 O CHAMADO

### Poliqueixas, uma história

- *Dona Maria! Pode entrar... como posso ajudá-la?*
- *Sinto dores no corpo inteiro, doutora.  
Enquanto fala, 99 passa as mãos no pescoço, braços e pernas.*
- *Dores nas juntas? Há mais de 6 meses?  
Começo a repassar na cabeça os critérios de artrite reumatóide, enquanto abro o uptodate e whitebook no computador.*
- *É doutora, já tem mais de ano. Dor no peito também, uma queimação no estômago que não passa por nada, uso omeprazol. Semana passada fui na UPA por conta dessas dores e me deram um remédio na veia, receita para casa e esses encaminhamentos para fazer endoscopia e marcar um ortopedista.  
Pego os papéis e já estou ansiosa com a quantidade e falta de clareza dos sintomas. Angina? Ela está acima do peso e já vi no prontuário que é hipertensa. Dispepsia? Também não deve ter uma alimentação muito boa.*
- *Mas o que te incomoda mais, dona Maria? O que te fez vir à consulta hoje?*
- *Tudo né, doutora. Não consigo dormir, tomo esses remédios aqui. Mostra cartela de clonazepam e amitriptilina. Acordo com dor de cabeça e a dipirona só me alivia um pouco. Tenho que fazer essa endoscopia, ano passado já deu gastrite e o ortopedista que fui disse que era fibromialgia, mas passou uns remédios caros e eu não voltei mais.*
- *Humm, fibromialgia. Deve ser um caso de saúde mental. Você tem ficado triste ultimamente, dona Maria? Aconteceu algo na vida que te marcou?  
Começa a chorar e conta sobre a morte do filho aos 14 anos há mais de 20 anos e sobre o diagnóstico de CA de pâncreas do marido há poucos meses.*
- *Minha saúde não é boa há muito tempo, os médicos me passam remédios, exames, já fiz ressonância da cabeça, eletro e ecocardiograma, e dizem que não tenho nada. Que é tudo da cabeça. E porque essas dores não passam? Eu devo ter algo grave, só pode.*
- *É, dona Maria, parece ser depressão e fibromialgia. Vou aumentar sua dose de amitriptilina, passar remédio pra dor e te encaminhar para a psicologia. Tudo bem?*
- *Você também acha que é coisa da minha cabeça, doutora?*
- *Não é que você esteja criando isso, dona Maria, mas não parece ter nada de doença no corpo, tem a ver com depressão e precisa cuidar da sua saúde mental.*

*Discuto o caso com a preceptoria para me certificar da conduta. Volto ao consultório e após preencher os papéis, noto uma hesitação para carimbar. Será que errei algo? Leio novamente e tudo está conforme combinado. Hesitação continua. O barulho lá fora me lembra das outras pessoas aguardando. Carimbo. Engulo seco e a pergunta vem: existe essa coisa separada de saúde física e saúde mental?*

Casos como esse são frequentes na prática generalista. Sintomas que não se enquadram em doenças ou síndromes conhecidas, distúrbios no desenvolvimento de crianças sem causas aparentes, problemas na gestação em gestantes previamente saudáveis. Aos poucos fui entendendo os limites da minha formação. As doenças e síndromes que tanto me empenhei a aprender não apareciam como descritas na vida real. Notava que constituições individuais influenciam no surgimento de tipos de doenças específicas e o quanto pouco sabemos ou atuamos sobre as causas das doenças. Faltava peças no quebra-cabeças da vida.

A Medicina de Família e Comunidade possui recursos próprios para endereçar o desafio do paciente difícil e que consulta frequentemente. A abordagem da experiência da doença, das circunstâncias de vida e família, o trabalho em equipe multiprofissional e os recursos da visita domiciliar contribuem muito nesse cenário. No entanto, embora acolha a subjetividade e elementos contextuais, não consegue integrá-los no fenômeno de adoecer por esbarrar no paradigma biomédico das doenças.

As doenças surgem no corpo e são sempre alterações em seu funcionamento fisiológico? Porque encontramos lesões em pessoas sem doenças e pessoas adoecidas sem alterações físicas? É tudo mental, então, de ordem psiquiátrica? A vida que apresenta um delicado processo de homeostase para manter a saúde não atua na produção da doença? O que é essa tão falada imunidade que permite que um desenvolva uma doença genética e outro não, que um seja alvo do ataque de microorganismos patogênicos e outros não? Apenas um combinado de moléculas que se alimentam bem, fazem exercício físico e não fumam? Se enxergamos que as pessoas tem um corpo e aceitamos que ela tem uma mente e emoções, embora não possamos vê-los e tocá-los, como eles se relacionam para compor um único ser? Como se relacionam corpo e alma?

Inquieta com essas perguntas, apostava no vínculo, no aperfeiçoamento da escuta, na incorporação de algumas práticas integrativas como auriculoterapia e fitoterapia, e na realização de grupos em saúde, para dar conta do trabalho e descansar em paz ao encostar a cabeça no travesseiro à noite. Em uma aula da residência médica farejei pistas: conheci a idéia de racionalidades médicas e de sistemas médicos integrativos, como a Medicina Chinesa, Ayurveda e Medicina Antroposófica. Mergulhei nesse universo horas como paciente, outras



como leitora curiosa, até optar por uma nova formação. Iniciei o curso de Medicina Antroposófica e diante do novo universo de possibilidades que se abria, mais perguntas: que nova médica há de surgir daqui? Como conciliar essas duas formações? Faz sentido ser Médica de Família e Comunidade?

Este estudo busca refletir sobre os sentidos de ser Médica de Família e Comunidade e as contribuições possíveis da Medicina Antroposófica em relação a essa prática, a partir das experiências profissionais e percursos formativos da autora.

### 3 PERCURSOS METODOLÓGICOS

O início desse percurso não foi experimentado como uma caminhada à beira mar num fim de tarde. A sensação era a de estar numa floresta tropical com toda sua biodiversidade, mata fechada, e se desesperar na imensidão, na busca de uma trilha previamente aberta. Ainda neste cenário, havia, em mim, uma voz coercitiva e obsessiva de que os possíveis frutos dessa jornada, que ainda ensaiava seu primeiro ato, pudessem ser tocados e apreciados por quem não pôde desfrutá-la. "Ora, se trata de um mestrado profissional, é bom que saia um manual, um guia rápido, uma contribuição objetiva aos planos de cuidado.", pensava.

Essas inquietações persistiram, até que fossem atacadas em sua raiz, durante grupo de estudos e leituras sobre metodologia da pesquisa realizada com a orientadora e colega orientanda. "Quer discutir os limites da abordagem biomédica, mantendo um método de fazer ciência tradicional e engessado?" "O que é ciência para você?" ouvi. Só então percebi as contradições internas com as quais convivia: queria falar de um assunto novo, desconhecido, a partir de uma pesquisa acadêmica, e por antecipar e temer a crítica que poderia surgir em relação a cientificidade da Medicina Antroposófica, queria "apertar" meu objeto para ser o mais científico e objetivo possível.

Nesse contexto, encontro a cartografia como um método de fazer ciência que não apenas descreve uma nova abordagem em relação à realidade estudada, mas também desconstrói a ideia do distanciamento pesquisador-objeto e de neutralidade, notadamente na pesquisa social.

(...) um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência - o que podemos designar como plano da experiência. A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação (Passos; Barros; Escócia, 2009, p.17-18).

Nesse sentido, esta pesquisa prioriza o plano da experiência, da qual se extraem pistas que permitem iniciar o caminho de estudo, mas que não antecipa o saber em relação ao fazer, portanto considera que o conhecimento é produzido em movimento a partir das correlações que se estabelece entre os sujeitos implicados, as afetações do pesquisador e sua visão política (Passos; Barros; Escócia, 2009). Adota-se a ideia de rizoma como um modelo que possui múltiplas entradas e saídas e é composto por diversos traçados, sem que haja um modelo hierárquico (Martines; Machado; Colvero, 2013).

A cartografia se propõe a reconstruir a realidade em sua complexidade durante a pesquisa e para tanto exige uma abertura para rever os caminhos, em ato, seguindo as linhas

que se mostram durante o caminhar e que são atravessadas por tantas outras. Por isso, a imagem do rizoma se aproxima desse mapa vivo, tecido de múltiplas possibilidades que o pesquisador se depara ao iniciar e conduzir seu estudo (Martines; Machado; Colvero, 2013).

Este projeto de pesquisa iniciou com a declaração de algumas intenções, motivações e levantamento de pistas, a partir do reconhecimento das linhas cartográficas reveladas pela minha experiência enquanto Médica de Família e Comunidade e também por inspirações obtidas na literatura.

Uma vez entendido que não haveria um caminho já traçado para seguir, decidi contemplar a floresta e construir o meu próprio caminho. Embora haja um importante fomento a implementação das PICS, incluindo a Medicina Antroposófica enquanto racionalidade médica reconhecida pelas PNPICS, essa é uma realidade escassa na rede carioca. Como estudar um tema pouco abordado nas discussões acadêmicas e que não está presente no contexto da atenção primária do Rio de Janeiro?

- *Através de um mergulho nas experiências do pesquisador.*

A resposta surge.

Dessa forma, adoto a autoetnografia como método e técnica de coleta de material empírico. Essa modalidade surge a partir da etnografia, método próprio da Antropologia que se propõe a estudar e descrever práticas, crenças e conhecimentos próprios de um grupo de pertença. Inicialmente utilizada para descrever aspectos culturais de comunidades sem linguagem escrita, notadamente as indígenas, logo se estendeu para estudos sobre vivências institucionais e de grupos sociais específicos. A metodologia etnográfica é caracterizada pela imersão do pesquisador em campo, geralmente por um longo período, e se utiliza de diversas técnicas, como diário de campo, diálogos, observação participante, entrevistas e revisão de documentos. (Paiva, 2019)

A autoetnografia, por sua vez, propõe o estudo de um grupo de pertença específico a partir das experiências da voz de quem faz parte dele. Ganhou força com estudos sobre gênero e raça, nos quais tornou possível compreender os fenômenos sociais do machismo, homofobia e racismo, por exemplo, a partir das vivências dos sujeitos implicados. Esse método se utiliza da narrativa pessoal para descrever memórias autobiográficas e experiências relacionais que correspondem ao material empírico a ser analisado com objetivo de iluminar, apresentar novas perspectivas e representar processos sociais e culturais (Santos, 2017). Pode-se utilizar as mesmas técnicas de coleta de dados da etnografia, com a diferença que o campo é sua própria realidade.

(...) 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..." (Santos, 2017, p. 219)

A reflexividade apresenta um papel central na autoetnografia num sentido maior do que a compreensão, pois se apoia na ideia de autoconsciência, avaliação e reavaliação a partir de uma introspecção sistemática e recordação emocional com o objetivo de interpretar uma experiência cultural. Compreender estaria mais associado à ideia de se conscientizar de uma situação externa (Santos, 2017).

As autonarrativas ou narrativas pessoais são um recurso utilizado em diversos gêneros, focos temáticos e estilos. No contexto da pesquisa autoetnográfica, embora se utilize de modelos descritivos como a memória e fatos autobiográficos há um enfoque analítico e interpretativo que almeja apresentar um conhecimento privilegiado sobre um fenômeno ou experiência social, apresentar processos de tomada de sentido e descrever e criticar normas culturais, experiências e práticas (Paiva, 2019).

De acordo com Santos (2017), as questões relacionadas a confiabilidade da pesquisa autoetnográfica se apoiam na ideia de validade aferida a partir da verossimilhança entre os relatos do autor e a realidade, da mesma forma sua capacidade de gerar generalizações correspondem a capacidade do estudo contribuir para a compreensão de um fenômeno sociocultural. Ollaik e Ziller (2012) discutem que o conceito de validade enquanto capacidade de um conceito ser representado por uma medida de aferição é apenas uma concepção do termo, adequadas as pesquisas quantitativas, mas que numa instância mais global, se trata do quanto os resultados de uma pesquisa se aproximam da realidade. Na pesquisa qualitativa, a validade se associa à clareza e coerência da formulação, desenvolvimento e nos resultados da pesquisa.

Ademais, pode-se verificar a qualidade de uma pesquisa qualitativa por sua transparência, sua coerência e sua comunicabilidade, as quais construíram a justificativa das interpretações. Por transparência entende-se que o leitor da pesquisa é capaz de identificar com clareza os processos que foram utilizados na coleta e na análise dos dados; por coerência entende-se que os construtos teóricos estão ajustados e coerentes com a análise desenvolvida; por comunicabilidade entende-se que a pesquisa faz sentido para os leitores, para o pesquisador e para os pesquisados (Ollaik; Ziller, 2012, p.235 )

Finalmente, este estudo é uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa. O universo dos significados, o olhar sobre uma prática social e profissional, neste caso, a prática médica, e a necessidade de compreensão do contexto são elementos melhor desenvolvidos em desenhos qualitativos (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016). O método de pesquisa utilizado foi a autoetnografia influenciada pela primazia do fazer-saber próprio da cartografia.

Entre o material de análise, além dos exercícios de introspecção para relembrar vivências, foi utilizado materiais produzidos durante a residência médica, como o portfólio reflexivo, diagnóstico de território e trabalho de conclusão de curso; narrativas de casos; diálogos com outros sujeitos implicados ( Médicos de Família e Comunidade e orientadora) e diário de campo produzido durante estágios práticos da formação em Medicina Antroposófica.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética (CEP) e aprovado em parecer 6.165.436.

#### **4 MAPA DE NAVEGAÇÃO**

O primeiro processo que despontou no percurso da pesquisa foi o trabalho como Médica de Família e Comunidade. Senti a necessidade de revisitar alguns processos vivenciados durante os últimos 6 anos em que atuei na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Para tanto, inicialmente descrevo alguns aspectos teóricos e históricos da especialidade e em seguida discuto sobre o trabalho na APS.

Em seguida, aprofundo sobre as relações entre a MFC e a biomedicina. Inicialmente, discuto sobre a juventude da MFC e o desafio de ser diferente. Parto então para descrever as características do modelo biomédico e refletir sobre as suas infiltrações na prática do mfc.

Por fim, resgato os fundamentos filosóficos da especialidade com base no novo paradigma proposto por McWhinney, para superar o modelo biomédico, e finalizo com a apresentação das contribuições da Medicina Antroposófica para o fortalecimento do cuidado integral na prática do mfc.

## 5 ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS DA MFC

Segundo McWhinney, a MFC se define em termos de relacionamento. O autor aponta como princípios da especialidade:

Os médicos de família e comunidade são comprometido, em primeiro lugar, com a pessoa, e não com um conjunto de conhecimentos, grupos de doenças ou técnica especial (...) procura entender o contexto da experiência com a doença, (...) considera-se parte de uma rede comunitária de agências de apoio e de atenção à saúde (...) visita as pessoas em suas casas(...) dá importância aos aspectos subjetivos da medicina" (..) é um gerenciador de recursos (Freeman, 2017, p. 17-20).

A Medicina de Família e Comunidade surge na segunda metade do século XX pela necessidade de um médico generalista com foco nas pessoas e que atenda as demandas dos sistemas de saúde. Nesse período, havia um processo de crescente insatisfação dos pacientes pelo uso intensivo de tecnologias e pela atitude distante e "fria" dos médicos, principalmente nos países desenvolvidos (Freeman, 2017). No Brasil, Schraiber (2008) caracterizou esse processo como crise dos vínculos de confiança e apontou o caráter mercantil e excessivamente técnico da relação como aspectos envolvidos.

A existência de doenças em que a experiência da pessoa é mais importante do que o diagnóstico, como nas doenças crônicas, e o conflito entre o bem estar do paciente e a tentação de sempre fazer mais um teste para aumentar a precisão diagnóstica também produziram a demanda por cuidados mais personalizados (Freeman, 2017).

Os estudos de Balint demonstravam a importância da relação médico paciente por ser o próprio médico um medicamento prescrito, ainda que de forma inconsciente. Além disso, a qualidade dessa interação é responsável também pela correta identificação dos problemas em saúde e a adesão ao plano terapêutico. Em suas investigações ainda foram apontadas as fragilidades dos médicos em relação a habilidades de comunicação e principalmente dificuldades para lidar com as emoções dos pacientes e próprias (Balint, 2007).

A primeira menção ao termo "médico de família" ocorre nos EUA. Trata-se de uma retomada da ideia do clínico geral, hegemônico no século XIX, mas com um corpo de competências bem definidas que cria uma nova disciplina acadêmica. Há também uma diferença em relação à medicina interna, por abordar todos os ciclos de vida, incluindo crianças e gestantes, e por atuar em locais próximos de onde a vida acontece, em consultórios, centros de saúde ou ainda no domicílio das pessoas (Freeman, 2017).

### **Demanda Espontânea**

- *Olha, doutora, coloquei na planilha mas vim logo avisar que a dona Dulce está aqui novamente querendo passar pela demanda espontânea. Ela tá aqui o tempo todo, mas não segue o que os médicos passam.*
- *Sim, lembro que falamos dela na reunião. Vou conversar com ela.*  
*Seguiram-se 1h e quatro consultas, quando chamo Dulce na sala de espera e a recebo no consultório.*
- *Oi Dulce, como posso ajudá-la?*
- *Ah doutora, eu tô com as pernas formigando, uma moleza e muita tonteira. Tá me atrapalhando fazer as coisas em casa.*
- *Entendi. Essas queixas não são novas, né? A médica residente conversou comigo que sua diabetes está sem controle e você não quer usar insulina.*
- *Não vou me furar com agulha, doutora. Tem que ter outro jeito.*
- *Os remédios para baixar o açúcar já estão na dose máxima. Posso aumentar a dose do remédio pro formigamento, mas isso não resolve tudo. Tem vindo na academia carioca?*
- *Como, se ando com essa moleza toda? Aliás, toda hora chove e tem tiroteio, não dá pra eu ficar circulando por aí.*
- *Conseguiu diminuir as farinhas e açúcares da alimentação?*
- *1h doutora, eu quase não como, tomo café com biscoito de sal e manteiga de manhã, um feijãozinho no almoço e não costumo jantar. Não sei porque não perco peso.*
- *Será que não teria alguém pra vir com você e aprender a aplicar a insulina?*
- *Quem? Minha irmã tem a família dela e trabalha. Moro sozinha. Ela até aplicava a insulina de papai, mas foi depois da insulina que ele começou a piorar, perdeu a perna e morreu do coração.*
- *Você tem medo de piorar com a insulina?*
- *É claro, quem toma insulina é porque já tá muito mal e eu nunca gostei de injeção também.*
- *Olha Dulce, a insulina é um ótimo remédio, você vai tomar o que está em falta no seu corpo e ela pode evitar que você piore. Posso marcar amanhã cedinho pra você tomar a primeira dose aqui? Eu mesma vou aplicar. Você vai tomar aqui no posto até ficar tranquila que não dói tanto e começar a se sentir um pouco melhor. Se não se acostumar, você não precisa tomar em casa. Vamos tentar assim?*
- *Não sei se dá pra vir aqui todo dia...*
- *Venha pelo menos amanhã, combinado?*



- *Tá bom, doutora, amanhã eu venho.*

Dona Dulce foi no dia seguinte e em poucos dias, começou a aplicar a insulina indicada. Este acontecimento mudou sua relação com a unidade de saúde, melhorou seu relacionamento com os outros trabalhadores da unidade e contribuiu para uma melhora no seu autocuidado e autoestima.

A abordagem sobre os efeitos da insulina já tinha sido feita em consulta anterior, a médica residente havia levado o caso para reunião de equipe e todos já estavam cientes dos desafios na condução de um plano terapêutico para ela. O olhar multifocal da reunião abriu espaço para reflexão e contribuiu para o surgimento de novas ideias e caminhos a serem explorados.

Essa tecnologia relacional, bem como a abordagem da experiência de adoecimento, são características essenciais da Medicina de Família e Comunidade. O médico da pessoa e da família, o médico de referência, o clínico amplo são denominações comumente utilizadas para designar o mfc. A narrativa trazida evoca esse sentido: o foco do cuidado não é a diabetes ou a neuropatia, é a pessoa.

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade define a MFC como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e comunidades. O texto ainda complementa com outras definições: "conforme leeuwenhorst group, o clínico integrará fatores físicos, psicológicos e sociais da suas considerações sobre saúde e doença, o que se expressará na forma como cuida das pessoas" (Gusso, Lopes e Dias, 2019). A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar traz mais detalhes e delimitações:

Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Disciplina. São médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos contatos repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros (WONCA, 2002).

O mfc utiliza ferramentas próprias na sua prática. A principal delas é o Método Clínico Centrado na Pessoa, que propõe uma nova abordagem dos problemas de saúde e doenças. O método é composto de passos que buscam explorar a experiência da doença, entender a pessoa como um todo a partir de seus contextos, elaborar um plano conjunto de manejo de problemas e por fim, trabalhar o vínculo e aspectos da relação médico-paciente. As técnicas de abordagem familiar e comunitária, habilidades de comunicação e o trabalho em equipe também são elementos que contribuem na ampliação do cuidado (Gusso; Lopes; Lêda, 2019).

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade surge na década de 1970 nos programas de Medicina Comunitária (MC), inicialmente com o nome de Medicina Geral e Comunitária (Andrade *et al.*, 2018). O autor discute que as práticas de Medicina Comunitária compreendiam alguns elementos como: coletivismo restrito, em que a clínica se associava a uma comunidade local; atuação com ações de assistência, prevenção e promoção orientadas para grupos vulneráveis; desconcentração de recursos; hierarquização do acesso a partir de um nível primário, mas sem articulação dos cuidados em rede; adequação de tecnologias disponíveis; inclusão de práticas médicas integrativas segundo distintas racionalidades, além da biomédica; utilização de equipe de saúde multidisciplinar e participação comunitária.

Segundo Paim (2009), as ações em Medicina Comunitária se inspiraram nas ideias da Educação Popular de Paulo Freire. Até então, as medidas desenvolvidas em centros de saúde do Estado eram voltadas principalmente para a difusão de hábitos saudáveis e ações programáticas para grupos etários e doenças prioritárias. A Educação Popular em Saúde preconiza um olhar ampliado sobre o processo de saúde-doença e valoriza o cuidado integral. Faz críticas às práticas higienistas na saúde pública focadas prioritariamente no controle de fatores de risco (Vasconcelos, 2017).

Apesar das inovações que foram incorporadas posteriormente ao Sistema Único de Saúde (SUS), a Medicina Comunitária foi criticada por sanitaristas devido a contradições do programa, como o fato de ser fomentada por instituições de países centrais, como a Fundação Kellog e a Ford. Os interesses econômicos destas instituições e a característica focalizada, com cesta de serviços restrita dos programas, não eram coerentes com a compreensão da saúde como direito universal e a luta por sua garantia.

Muitos trabalhadores faziam parte dos programas para fomentar mudanças políticas no campo da saúde com o objetivo de construir um sistema público universal. O contexto da ditadura militar não permitia manifestações políticas e os programas de MC representavam uma oportunidade de articulação social. Nesse sentido, criticavam também o papel da assistência individual, pois se considerava as ações de base populacional mais relevantes por seu papel

transformador. Esses foram pontos importantes na construção do SUS e dentro do movimento sanitário responsável por sua formulação (Andrade *et al.*, 2018).

De um lado surge a Medicina de Família e Comunidade e do outro havia a Medicina Social e Preventiva, formação sanitarista. A primeira especialidade mais voltada para as ações de assistência e a segunda compondo o campo da Saúde Coletiva. Essas distinções permaneceram após a conquista do SUS. Andrade *et al.* (2018) investigou as correlações entre a MFC e a Saúde Coletiva:

(...) é comum ouvir tanto nas entrevistas quanto em conversas com médicos de família que a principal diferença entre a MFC e a Saúde Coletiva seria que a primeira teria como aspecto central a clínica individual e a segunda seria referente às práticas populacionais, de planejamento e gestão (Andrade *et al.*, 2018, p.11-12).

Quando a Estratégia de Saúde da Família se tornou o formato de APS<sup>1</sup> predominante no SUS, a MFC se tornou a especialidade que melhor atende aos requisitos desses serviços. No entanto, as diferentes perspectivas assumidas pela Saúde Coletiva (SC) e pela MFC por vezes promovem atrito entre os campos, como aponta Andrade *et al.* (2018):

(...) esse movimento também trouxe à tona a necessidade de pensar diretamente a atuação clínica e a formação médica (e em saúde, em geral) na APS como um todo e, posteriormente, no interior da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, influenciou uma série de gestores do Ministério da Saúde, que impulsionaram, direta ou indiretamente, o processo de inserção e consolidação da MFC, no âmbito da Atenção Básica. Entretanto, não observamos um diálogo potente entre as formulações sobre clínica e gestão na APS no interior da SC e da MFC nos dias de hoje (Andrade *et al.*, 2018).

Completa entretanto que houve formulações críticas a esse pensamento, no sentido de se pensar modelos assistenciais. A partir de experiências de grupos como o da UNICAMP, surgiram proposições como o método Paidéia e a clínica ampliada (Campos *et al.*, 2014), com a ideia de inovar os processos tradicionais de gestão da clínica e do cuidado (Andrade *et al.*, 2018).

As proposições sobre o atributo da integralidade também contribuem para articular gestão e clínica. A dimensão do cuidado integral propõe a concepção ampliada da pessoa e de

---

<sup>1</sup> A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de serviços ofertados em centros ou unidades de saúde acessíveis, próximos às casas das pessoas. Suas atividades são amplas, envolvem recuperação da saúde, prevenção e promoção, e se dirigem aos moradores de uma área geográfica específica. Por isso, trabalha com noções de vínculo e longitudinalidade. O trabalho é realizado por equipe multidisciplinar, dentro e fora dos consultórios, de forma individual e coletiva. Foi pensada como modelo alternativo aos apoiados em acesso direto aos ambulatórios de especialidades médicas, responsável por altos custos, fragmentação do cuidado e baixa resolutividade (Starfield, 2002)

suas necessidades e se articula com a abertura para a incorporação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (Mattos, 2009).

## 6 A MFC E O TRABALHO

Cheguei ao Rio de Janeiro uma semana depois da formatura para iniciar o programa de residência em MFC da UFRJ/ENSP<sup>2</sup>. Um ano antes, a cidade havia sediado o congresso da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e fazia uma ampla divulgação de seu programa de residência, em sites, redes sociais, até em panfletos publicitários de companhias aéreas. Ao mesmo tempo em que esse contexto reforçou a minha escolha pela especialidade, a expectativa era grande, pois seriam minhas primeiras experiências enquanto médica em uma cidade grande e com contexto social tão desafiador.

A cidade do Rio de Janeiro passou por uma grande reforma da Atenção Primária à Saúde inspirada em experiências europeias, em que a cobertura de equipes de estratégia de saúde da família aumentou de 3,5% em dezembro de 2008 (Soranz; Pinto; Penna, 2016), para aproximadamente 70% em dezembro de 2016 (Pinto; Giovanella, 2018). Além disso, foi criado o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem de Saúde da Família da secretaria municipal de saúde, bem como programa de Especialização em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Saúde da Família (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

O principal campo de atuação dos Médicos de Família e Comunidade é o SUS (Coelho Neto; Antunes; Oliveira, 2019), compondo equipes de saúde da família e também atuando em postos de regulação, em Centros de Atenção Psicossocial e em níveis gerenciais. Durante os dois anos de residência, atuei num centro de saúde situado na zona norte do Rio de Janeiro, no complexo de Mangueiras. Região composta por várias comunidades com características e tempo de surgimento distintos, marcada pela presença do tráfico, grandes contrastes nas condições de moradia e muita vulnerabilidade social.

Apesar dos desafios e das crises próprias da residência médica, principalmente por ser um período de formação em que já se está no mundo do trabalho, este foi um período solar e de produção de afetos. O fato de ter sido uma residência vinculada a instituições de ensino, ofereceu a proteção de espaços para reflexão sobre o trabalho, turnos de canais teóricos, além de um formato de avaliação individualizado em que se valorizava a singularidade do residente.

### Feedback Avaliativo Trimestral 5

- *Então Vanessa, conte-nos sobre o seu último trimestre na residência.*

---

<sup>2</sup> Programa de residência em Medicina de Família e Comunidade desenvolvido em conjunto pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

- *A sala de espera continua lotada e muitos acolhidos têm sido direcionados para atendimento médico, o volume de atendimentos por turno tem ficado absurdo.*
- *Ah, já tentou fazer estudo de demanda para entender a situação? O que você acha que está acontecendo?*
- *Acho que chega muita gente porque já temos muitos cadastrados, os serviços de urgência não dão conta e negam atendimentos, e a capacidade de gerenciar a demanda na chegada é baixa. Também não é simples para o profissional fazer essa avaliação enquanto atende, a pressão é grande.*
- *Humm, entendo. Já discutiu isso com a equipe pra pensar em soluções conjuntas?*
- *Já tentei, junto com a preceptoria, mas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>3</sup> ficam inflamados, sentem como uma crítica pessoal, e explicam que não podem mandar ninguém embora porque não são profissionais de saúde. Que eles acumulam muitas funções. Sei que na residência ainda tenho ajuda da preceptoria para absorver a demanda, fico imaginando como é o trabalho pós residência..*

A pressão assistencial é um fator importante de sobrecarga do trabalho na estratégia de saúde da família (Tesser, 2022). Está associada aos problemas socioeconômicos que atuam na determinação social do processo saúde-doença e contribuem para piores índices de saúde e de qualidade de vida; a fragilidade de outros segmentos da rede de saúde, como os serviços de urgência; e a cultura medicalizante fomentada pela concepção biomédica da saúde e por dispositivos do biopoder conforme proposto por Foucault (Oliveira Junior *et al.*, 2021).

O modelo de gestão adotado também pode contribuir para a sobrecarga e diminuir a autonomia das equipes para trabalhar os territórios adscritos em suas particularidades (Norman; Tesser, 2015). Já na primeira semana de residência fui apresentada ao pacto de gestão com a organização social e secretaria de saúde, onde estavam discriminadas as metas, indicadores de desempenho e linhas de cuidados a serem priorizadas. Por um lado, pude perceber a qualificação e a organização da rede de saúde no município do Rio, bem como o reconhecimento e a valorização dada ao trabalho das equipes de saúde da família e da Atenção Primária à Saúde, de forma geral. Por outro, notei o enfoque na produção e nos dados quantitativos, bem como a sensação de controle sobre o trabalho.

---

<sup>3</sup> No Rio de Janeiro, os agentes comunitários de saúde são os que realizam a recepção dos pacientes no guichê. A partir de estratégias de acolhimento dão respostas às necessidades dos usuários, como a solicitação de atendimento no dia, por exemplo. Na maioria das vezes, essas decisões precisam ser avaliadas em conjunto pela equipe técnica.

Em um canal teórico da residência conversávamos sobre o que chamamos de "história natural curta" do MFC:

- *Não é curioso que a gente forma para fazer acompanhamento longitudinal e percebemos que as pessoas costumam ficar pouco tempo em uma mesma unidade como médico de equipe?*
- *Sim, muitos vão logo para a preceptoria<sup>4</sup>, para a academia, para o setor privado ou ainda iniciam uma outra residência ou pós graduação.*

Apesar dessas questões, durante a residência pude desenvolver e aplicar as ferramentas do método clínico centrado na pessoa, construir projetos terapêuticos singulares e realizar atividades no território. Nesse período, desenvolvi um projeto de implantação de uma horta comunitária no pátio do centro de saúde, a partir de reuniões quinzenais com trabalhadores e usuários da unidade, para discussão sobre o uso popular e científico das plantas medicinais. Desenvolvi também uma iniciativa intitulada "Café com Saúde", criada a partir de diálogos com lideranças e primeiros moradores de uma área que acessava pouco a unidade. A cada quinze dias nos reuníamos na casa de um morador ou na porta de suas casas, para dialogar em roda sobre temas de interesse deles, relacionados à saúde e aos problemas específicos da comunidade.

Essas experiências foram possíveis porque na semana padrão do residente havia um turno protegido para a realização de grupos, de atividades administrativas e porque contei com o apoio dos preceptores nessas iniciativas. Era comum em muitas unidades que esses turnos acabassem sendo utilizados para atividades de consultório e administrativas.

Finalizada a residência, trabalhei em uma unidade de saúde no centro do Rio. Éramos um grupo de sete médicos de família e comunidade recém pós graduados. Ocupamos a unidade de saúde com o sonho de "fazer funcionar" conforme os atributos da APS. A unidade sofria com frequente rotatividade de médicos, em sua maioria sem formação em MFC, e apresentava dificuldades estruturais e alta demanda de atendimentos.

---

<sup>4</sup> A preceptoria aqui se refere a atividade docente desempenhada em serviço com os residentes médicos. O preceptor acumula algumas funções, mas no modelo do Rio de Janeiro, de forma geral, os residentes de primeiro e segundo ano assumem os turnos de atendimento médico da equipe. Muitos MFCs escolhem ocupar essa função pela afinidade com a docência e pela alta demanda existente, mas uma motivação comum é ressignificar o trabalho e diminuir ou dividir a exposição a alta demanda de atendimentos (Castells, 2014).

Saímos todos menos de um ano depois, sufocados pela pressão assistencial de 35.000 habitantes para 7 equipes de saúde da família em um território vulnerável com presença de tráfico de drogas e sem outros equipamentos de saúde, como serviços de urgência ou hospitais.

Os problemas de gestão foram ainda mais relevantes: fim de contrato com organização social (sem previsão de um novo até o primeiro dia de trabalho na nova vigência), rumores de redução de salário, falta de insumos, atraso de salário e cortes de pessoal e de serviços. Como resultado, pelo terceiro ano seguido, foi deflagrada greve municipal dos trabalhadores da saúde no Rio de Janeiro. Nessa época, era a gestão do prefeito Marcelo Crivella (2017-2021), na qual se operou diversas ações para o desmonte da APS carioca (Sá, 2022).

Em conversa com a Coordenação de Área Programática 1.0 na ocasião:

- *"O contrato vai chegar na segunda, podem ficar tranquilos e ir trabalhar normalmente".*
- *Mas quais são as condições do novo contrato?*
- *Vão na segunda trabalhar e lá vocês assinam e vão saber..*

Além da alta pressão assistencial e desigualdade socioeconômica já citadas, que caracterizam a segunda maior metrópole do Brasil, a prática de gestão adotada no Rio de Janeiro, contribui para um processo de trabalho repleto de atravessamentos, imposições, acúmulo de funções e que não viabiliza participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Moldes que remontam a referências tayloristas<sup>5</sup>, com forte controle nos processos de trabalho e foco nos resultados que visa otimizar a força de trabalho para melhorar a produção com economia de gastos.

A Reforma dos Cuidados em Atenção Primária incorpora fundamentos da Nova Gestão Pública, teoria da administração pública que propõe reformar a atuação do Estado em políticas públicas para atingir mais eficiência. Assume-se o pressuposto de que a administração estatal direta é marcada por uma burocratização não compatível com produção de serviços de qualidade. A proposta é incorporar estratégias adotadas em empresas privadas, como a flexibilização de contratos, foco nos resultados, incorporação de metas e indicadores de desempenho, bem como a adoção de estratégias de auditoria e prestação de contas (accountability). Na fala do atual secretário de saúde (que também liderou a Reforma da APS carioca):

---

<sup>5</sup> Sistema de gestão do trabalho idealizado por Taylor em suas fábricas nos EUA para aumentar o rendimento do trabalhador e otimizar a produção.



Desde meados de 1980, as transformações geradas pela globalização econômica mundial impulsionaram a formulação e a implementação de Reformas Administrativas, inspiradas na “Nova Gestão Pública”. No Brasil, essa agenda gerou, na década de 1990, a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE. No que tange à dimensão gerencial, o PDRAE se valeu de três pontos centrais: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional – o modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de *accountability* (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

De acordo com Sá (2022), o modelo de contratação terceirizada por meio de Organizações Sociais adotados durante a expansão da APS no Rio na gestão do prefeito Eduardo Paes (2008 a 2016), fragilizou os vínculos trabalhistas e facilitou o desmonte da APS, operado pela gestão municipal de Marcelo Crivella entre os anos de 2017 a 2020. Na atual gestão de Eduardo Paes (2021 a 2024) há uma retomada da expansão dos serviços seguindo o mesmo modelo adotado na reforma.

Embora haja avanços no sentido de construção de uma APS abrangente, fundamentada na ESF e que se baseia nos princípios descritos por Starfield (2002), a instabilidade da contratação terceirizada por OSs e principalmente, o grande enfoque na produção, por meio dos indicadores de desempenho, e práticas verticalizadas, são marcas desta gestão.

O prontuário eletrônico utilizado, importado da APS portuguesa, é todo orientado para a extração de relatórios de produção que são utilizados para a aferição dos resultados. A qualidade dos serviços e sua eficiência é medida com base no que pode ser quantificado. Optou-se por descartar o eSUS, prontuário criado pelo Ministério da Saúde, gratuito e adequado para uma abordagem focada em problemas, que também inclui a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), para um prontuário que opera apenas segundo a Classificação Internacional de Doença (CID) e que não incorpora procedimentos das PICS, por exemplo, como a auriculoterapia.

Além disso, trata-se de prontuário lento, engessado, em que muito tempo da consulta é destinado a marcação de abas e inclusão de códigos para que os dados sejam gerados. Em um cenário de grande pressão assistencial, isso significa menos tempo para o atendimento dos pacientes, com foco nas queixas momentâneas e nas informações obrigatórias de monitorização das linhas de cuidado.

É inegável a importância da vigilância em saúde para a atenção a condições de saúde e ciclos de vida estratégicos segundo fatores epidemiológicos e demográficos. Os dados das linhas de cuidado, bem como alguns programas específicos como o bolsa família, são indicadores de qualidade utilizados para o financiamento federal da APS por meio do PIB variável (Melo *et al.*, 2020). No entanto, o foco excessivo na produção dos dados de

acompanhamento com a fiscalização dos relatórios de prontuário eletrônico e a necessidade de manutenção de diversas planilhas de vigilância<sup>6</sup>, torna o trabalho das equipes mecanizados e voltado para a obtenção dos dados a serem contabilizados.

Esses aspectos, alinhados a posturas muitas vezes autoritárias que são transmitidas de forma verticalizada da gestão central, de área, para a gestão local, cria um clima competitivo entre as equipes e fomenta conflitos dentro da própria equipe. Os agentes comunitários de saúde são os mais frágeis nessa cadeia e frequentemente questionam sobre seu papel no território, já que passam a assumir mais funções administrativas e direcionadas para a obtenção e registro dos dados priorizados.

Eles são os que possuem menos autonomia sobre o seu trabalho e cada vez mais se distanciam da essência de sua função, caracterizada desde a época do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por: forte atuação territorial na promoção de saúde, na articulação com os equipamentos comunitários, no mapeamento das necessidades da população e em sua função de ponte entre a unidade de saúde e as pessoas em sua área de atuação.

Dois episódios que vivenciei enquanto atuava em uma unidade de saúde da família na gestão atual (2021-2024) ilustram essa questão.

A primeira, ocorreu durante período de preparação para apresentação do *accountability*. É um momento para avaliar o trabalho das equipes e da unidade como um todo segundo os critérios propostos pela secretaria de saúde. A gerente local, nova no cargo, estava uma "pilha de nervos" com a pressão exercida pela coordenação de área e preocupada com a performance da unidade. Há menos de seis meses, o prontuário eletrônico havia sido substituído e os dados de produção estavam muito aquém do esperado. Houve uma reunião prévia interna para olhar os dados e elaborar justificativas para explicar os resultados não atingidos.

Além da troca recente do prontuário eletrônico, com perda de muitos registros anteriores, a unidade havia passado por períodos em que estava sem o quadro de médicos completo, pela pandemia e por três anos consecutivos com períodos de greve na APS. Até a chegada do dia da apresentação, em que estariam presentes gestores da Coordenação de Área Programática (CAP), o clima era de tensão e o foco era atualizar as planilhas de vigilância e as informações do prontuário. No dia da apresentação, a postura da gestão de área era a de fiscalização e de desconfiança em relação às falas dos profissionais, o que promovia uma postura defensiva destes e um fomento de competição entre as equipes. Quando destacado os pontos em que uma desempenhava melhor que a outra.

---

<sup>6</sup> Planilhas que visam acompanhar informações sobre diversas condições de saúde, fatores de risco e ciclos de vida específicos. Por exemplo: planilha de Hipertensos, Diabéticos e de crianças até 2 anos.

O outro episódio ocorreu durante um surto de tuberculose em abrigo municipal para homens dependentes químicos em situação de rua. A equipe em que eu atuava era a responsável sanitária pelo equipamento. Quando houve os dois primeiros diagnósticos de tuberculose, contactamos a direção do abrigo e discutimos em reunião de equipe uma estratégia para levantarmos os sintomáticos respiratórios para avaliação. À ocasião, eu estava como médica 20 horas e as outras 20 horas estavam descobertas. A unidade era composta por apenas duas equipes de saúde da família.

Tratava-se de uma equipe com alta demanda de atendimentos, responsável por uma área de grande vulnerabilidade social. Havia a particularidade do abrigo ser uma hospedagem apenas de pernoite, os abrigados recebiam jantar e podiam dormir, mas tinham que sair durante o dia, não havia almoço disponibilizado e não era possível passar o dia na instituição, a menos que houvesse um laudo médico indicando doença e necessidade de repouso. Os turnos da equipe, protegidos para atividade no território, visita domiciliar, eram de um por semana para a enfermeira e um a cada quinze dias para mim.

Ao avaliar essas particularidades e a da equipe, optamos por orientar ao abrigo a captar todos que estiverem com tosse há mais de 2 semanas, febre ou perda de peso e encaminhar para avaliação na unidade. Orientamos também sobre uso de máscaras, disponibilizamos as mesmas, e sobre o isolamento dos casos confirmados e suspeitos. A ideia era agilizar a identificação dos sintomáticos, conter o surto e acompanhar a situação durante as visitas. O fato dos residentes não estarem no abrigo no horário comercial, também influenciou na decisão.

Em seguida, acionamos a CAP para mantê-los a par da situação, pedir apoio e compartilhar as medidas adotadas. Eis que começa uma sequência de atropelamentos e medidas impostas. Eles decidiram de forma arbitrária deslocar a enfermeira da equipe de suas atividades, com técnica de enfermagem e alguns ACSs, para irem avaliar todos os residentes e realizar os testes de escarro dos sintomáticos. Para isso teriam que chegar no abrigo antes do horário de trabalho, para encontrar os residentes antes que saíssem. Foram várias idas até conseguir avaliar um número significativo, sem contar com a grande rotatividade característica do local. Em seguida, pelo fato de haver um lote com data próxima de vencimento de validade de testes de prova tuberculínica-PPD, optaram por enviar a equipe mais alguns dias para realizar os testes.

A medida gerou muitos transtornos para equipe, com profissionais atuando antes do seu horário de trabalho de uma forma imposta, com desorganização do trabalho dentro da unidade de saúde, desmarcação de consultas programadas e sobrecarga nos atendimentos médicos pela ausência da enfermeira e falta das outras 20 horas médicas. Essa falta de autonomia da equipe para a tomada de decisões no enfrentamento de problemas de saúde da população, bem como a

falta de práticas de gestão mais horizontalizadas, com o compartilhamento de decisões, ilustram o caráter de forte controle adotado pela gestão municipal de saúde.

O acúmulo de funções administrativas sem horário protegido para tal é um importante fator estressor do trabalho na APS carioca. Além das práticas de vigilância em saúde já citadas, o médico de família e comunidade é responsável por gerir os encaminhamentos para outros especialistas e para realização de exames e procedimentos através do sistema de regulação digital, o SISREG. É necessário realizar as solicitações na plataforma, acompanhá-las e ainda contactar os pacientes para informar o agendamento e emitir guia de encaminhamento.

Os exames e procedimentos solicitados pelos médicos da atenção secundária também devem ser avaliados e feitos pelo MFC de referência do paciente. Essa prerrogativa é fundamentada na ideia de coordenação do cuidado, mas implica em um acúmulo de funções burocráticas em que espera-se que haja uma qualificação das solicitações e um uso racional dos recursos. Mas até que ponto é papel do MFC avaliar e solicitar um pedido de gonioscopia feito por um oftalmologista? Até que ponto é ético invalidar uma solicitação de endoscopia digestiva alta feita por um gastroenterologista da rede SUS cuja avaliação foi solicitada pelo próprio MFC?

A "pasta de SISREGs" a serem inseridos, entregues e de pedidos devolvidos pela regulação, muitas vezes por falta de prestadores, tira o sono de muitos MFCs no Rio. Já vi muitos colegas levarem trabalho para casa para priorizar casos graves, evitar ouvidorias dos pacientes ou cobranças da gestão local e de área. O médico Responsável Técnico (RT) da unidade, é o único que possui horário protegido para funções administrativas, mas também acumula funções e muitas vezes precisa dividi-las com os outros colegas médicos.

É um cargo com muitas responsabilidades administrativas e clínicas que geram sobrecarga e que embora haja acréscimo de remuneração, a maioria dos MFCs não quer desempenhar. Machado (2020) ilustra esses fatores na sua dissertação.

A adoção de um modelo de gestão inspirado em concepções do sistema de saúde inglês e português não são compatíveis com a realidade socioeconômica do Rio de Janeiro e nem com as particularidades do SUS. O trabalho territorial, os grupos de promoção de saúde e as práticas de educação popular em saúde, marcantes nos movimentos de medicina comunitária, incorporados aos princípios e políticas do SUS, precisam ser valorizados e fortalecidos.

Os modelos europeus citados trabalham com listas de pacientes e não compartilham desses elementos que fazem inclusive com que o SUS seja reconhecido por sua inovação internacionalmente. A presença dos agentes comunitários de saúde é outro aspecto singular do SUS e surge no mesmo contexto do trabalho territorial.

A própria ideia de governança clínica adotada pela atual gestão do Rio de Janeiro, concepção que surge no *National Health System- NHS*, inglês, desenvolve a ideia de qualidade em saúde a partir de conceitos como eficiência, eficácia, efetividade, auditoria e otimização (Machado, 2020). Esses termos, muito utilizados na indústria, no setor privado, na economia de mercado, são os mais adequados para avaliar a qualidade dos serviços públicos em saúde? O próprio termo desempenho, muito utilizado pela física para medir a atividade de máquinas térmicas na transformação de energia em trabalho, é o adequado para se utilizar para o trabalho humano? Ou ainda, um bom desempenho das equipes segundo as metas e indicadores padronizados refletem em uma melhor saúde da população?

Essas questões precisam ser feitas e aprofundadas em outras pesquisas. Aponto aqui a hipótese de que estes aspectos associados ao modelo de gestão adotado no Rio de Janeiro contribuem para uma perda de identidade do Médico de Família e Comunidade, principalmente no que concerne às suas características de médico da pessoa, foco na relação e de realizar cuidado integral, conforme discutido no capítulo anterior.

Em uma estimativa rápida, do grupo de doze residentes em MFC do qual fiz parte, uma desistiu da residência, três fizeram outra residência e atuam em outras áreas, duas não estão atuando na APS, um saiu do município do Rio de Janeiro e dos cinco atualmente atuando, apenas uma está na mesma unidade desde que concluiu a formação, mas acaba de pedir redução de carga horária com pretensão de sair por esgotamento. Os outros quatro já trabalharam em pelo menos três unidades diferentes. Dentre estes, dois estão como preceptores da residência em MFC e as outras duas com redução de carga horária.

O tema da sobrecarga com o trabalho e da insatisfação com as práticas de gestão é frequente nas trocas com os colegas MFCs que atuam na APS. Pude observar o mesmo fenômeno entre os MFCs da turma deste mestrado, alguns buscando outras especializações, muitos trocando de posto de trabalho e reduzindo carga horária, com o objetivo de buscar novos sentidos para o trabalho e melhores condições. O assunto também surgiu em trocas com a minha orientadora nesta dissertação, que atua na coordenação de uma das residências médicas do Rio de Janeiro. A mesma compartilhou por diversas vezes sua preocupação com os residentes e os preceptores nas falas frequentes sobre sobrecarga e desmotivação para o trabalho.

Outro dia conversava com uma MFC colega de turma de residência:

- *E aí amiga, como está o trabalho?*
- *Daquele jeito que bem sabemos. Unidade sempre cheia e pendências administrativas que nunca terminam. Acho que eu é quem mudei.*

- *Mudou como?*
- *Acho que estou mais blindada e um tanto mais cínica nas consultas com os pacientes.*
- *Como assim?*
- *Percebi que pra conseguir me manter no trabalho, preciso fazer o que tem que ser feito e ser mais objetiva nas consultas. É impossível aplicar ferramentas de abordagem familiar, abordar contexto e explorar melhor a subjetividade das pessoas como fazíamos na residência. Tenho sempre muitas coisas para fazer e não dá pra dispor de 20, 30 minutos de consulta como fazia antes. Às vezes o que podemos fazer é prescrever logo o antidepressivo.*

Uma experiente colega uma vez me disse que havia diferentes tipos de bons mfcs. Dentre estes, alguns que se identificam mais com aspectos gerenciais e que conseguem fazer uma boa gestão da clínica e qualificar as regulações. De fato é uma característica do médico de família ser um gestor de recursos e trabalhar a vigilância epidemiológica do território. Mas a característica essencial de realizar medicina centrada na pessoa a partir da vinculação e de cuidado integral, não pode ser prejudicada ou relegada a segundo plano.

Nesse sentido, um modelo de gestão que visa ampliar acesso e serviços às custas de transformar os trabalhadores em operadores de engrenagens, não tem condições de promover saúde. Trabalhadores sobrecarregados e adoecidos são limitados em seu potencial de atuação. Autoritarismo, competição e desvalorização das relações humanas descaracterizam o cuidado integral, atributo caro à APS.

Na prática do Médico de Família e Comunidade, objeto de análise deste estudo, isso significa um distanciamento de sua identidade e ênfase no modelo biomédico, com trabalho na lógica "queixa-conduta" e foco no controle de fatores e comportamentos de risco.

## 7 MFC, JUVENTUDE E A CORAGEM DE SER DIFERENTE

Outro dia conversava com uma amiga Médica de Família e Comunidade sobre o congresso da especialidade do ano de 2023:

- *E aí amiga, como foi o congresso? Quase me inscrevi nos últimos dias, mas não deu pra ir.*
- *Achei fraco, viu! Mas as atividades culturais foram ótimas e rever as pessoas também..*
- *Por que achou fraco?*
- *Os temas parecem os mesmos, saúde de grupos específicos, como população negra e indígena, além de oficina de desprescrição de benzodiazepínicos e hormonização, por exemplo.*
- *Algum momento te marcou?*  
*Demora poucos segundos para responder e devolve de pronto*
- *O contato com as manifestações culturais do Ceará e o passeio de canoa!*
- *É sério?*
- *Sim. Tive a sensação de que o congresso é feito para residentes. Para os jovens recém chegados na especialidade, tanto que eram a maior parte do público. Os mais experientes que estavam lá são vinculados a algum programa de residência.*
- *Mas qual o problema?*
- *Acho que a MFC encanta e atrai jovens sonhadores, mas tem dificuldade em se sustentar depois.*

Lembrei das primeiras vezes em que entrei em contato com a MFC. Meus olhos brilhavam. Médico da pessoa, que a acompanha ao longo do tempo, que não foca em partes específicas do corpo, que considera suas experiências e contextos de vida. A escolha da especialidade parecia um caminho alternativo ao modelo de medicina que conheci na graduação e quase me fez desistir de ser médica. Ao mesmo tempo, senti medo e lidei com dúvidas porque era uma opção divergente, minha família não conhecia e expressava frustração ao saber da escolha. Entre os colegas médicos e professores, as reações eram as mais diversas:

"É um novo nome para o médico que trabalha no posto?".

"Mas você é uma boa aluna, porque não escolheu uma especialidade?".

"Você não precisa de residência para trabalhar em um posto".

"Vai querer tratar verme e cuidar de resfriado pro resto da vida?"

"Vai depender da vontade de político para fazer o seu trabalho?"

"Sabe que todos acham que médico de posto não sabe de nada, né?"

"Sabe que vai ter condições de trabalhos ruins e vai ganhar pouco, né?"

Estas falas sugerem algumas interpretações: os sabres e campo de atuação do médico de família e comunidade não são conhecidos; o médico de posto é pouco qualificado; a escolha pela atuação se deu por falta de opções; a prática desses profissionais é superficial, pouco resolutiva e desvalorizada; há muita influência política no trabalho e pouca autonomia; e os postos têm estrutura precária.

A ideia de posto remete a um contexto histórico pré ESF, em que o modelo de programas verticais e uma APS com cesta restrita de serviços predomina. O próprio nome "posto" remete a ideia de posto militar, local em que há um corpo de tropas alojado. Ou seja, há uma tropa da saúde, burocratas, braço do estado dirigido para a população com objetivo de levar saúde e ordem. Esta nomenclatura foi modificada para Unidade de Saúde da Família. Clínica da Família no Rio de Janeiro. Apesar dessa mudança, como discutido no capítulo anterior, as práticas autoritárias permanecem, bem como o foco no controle de doenças e fatores de risco.

Os sentidos revelados nos discursos citados estão presentes no imaginário social e são conhecidos pelos jovens médicos que optam pela especialidade. Por outro lado, há um movimento de transformação em curso, no qual mudanças curriculares na graduação, ampliação e qualificação da APS em algumas cidades, fomento da residência em MFC por meio de complementação financeira de bolsa, a experiência da pandemia, a atuação do mfc no setor privado, entre outros fatores, vem contribuindo para desconstruir essa imagem (Ferreira *et al.*, 2019). Apesar disso, a MFC ainda é uma especialidade pouco conhecida e valorizada na sociedade, além de ser vista com desconfiança no meio médico.

Estes fatores podem contribuir para um sentimento de baixa autoestima enquanto profissional, um certo sentimento de inferioridade no sentido definido por Addler (Leal; Massimi, 2017). Observei esse sentimento em mim e nas falas de alguns colegas: "Como posso discordar do cardiologista?"; "Será que estou sendo mais psicólogo do que médico?"; "O especialista vai saber mais do que eu"; "Médico de família é meio "miçangueiro" né?"; "Será que estou deixando de diagnosticar alguma doença grave?"; "Tá ruim no SUS, mas é só isso que eu sei fazer"; "Só quero passar minha dipirona e anti-hipertensivo em paz".



Essa baixa autoconfiança se expressa em comportamentos que oscilam entre o destaque das diferenças da MFC em um sentido de conferir uma superioridade a esta, ou no sentido de apontar sua superficialidade e insuficiência.

No primeiro caso, há um enaltecimento do mfc como o médico de gente, que sabe sobre todas as áreas, que faz procedimentos, que atende em casa, que faz prevenção, é caridoso, o verdadeiro defensor do SUS e único que se preocupa com aspectos humanísticos. Um sentimento de ser especial. Essa postura pode levar a uma desconfiança no compartilhamento dos casos com colegas de outras especialidades e a uma arrogância defensiva.

No segundo, ocorre uma sensação de filho bastardo, a crença de que nunca sabe o bastante, ao comparar seus saberes com os específicos das outras especialidades médicas, e descrença na potência de suas características próprias. O que produz uma visão embaçada sobre a singularidade e complexidade de seu escopo de atuação. Por fim, pode resultar, inclusive, na busca por uma mudança de área de atuação ou nova especialização. Um fenômeno frequente é eleger uma área para focar, como saúde do idoso, por exemplo.

Essas polaridades são mais facilmente observáveis durante o período da residência, de fato é uma etapa peculiar, e talvez porque além da baixa autoestima associada ao ser MFC, existe a insegurança atrelada a falta de experiência médica. No entanto, desconfio que esses sentimentos se mantenham em colegas mais experientes da especialidade, ainda que manifestos em uma graduação média entre as polaridades descritas.

Quando estava na residência, lembro do quanto me envaidecia por solicitar poucos encaminhamentos e o quanto era rigorosa, por exemplo, nas ações de prevenção quaternária. Desconfiava dos outros especialistas, julgava seu caráter e intenção, a ponto de ter resistência a interagir com colegas de outras especialidades, mesmo fora de cenários de trabalho. Tinha uma atitude agressiva quando questionada sobre os limites da MFC e muitas vezes assumia mais funções e responsabilidades do que deveria.

Enquanto preceptora, menos arrojada e mais experiente, era o sentimento de impotência que muitas vezes prevalecia. Dificuldades de fomentar uma prática menos biomédica dos residentes, sobrecarga por questões do trabalho e insatisfação pela sensação de insuficiência no sentido de realizar cuidado integral.

Por que, segundo a percepção descrita no diálogo anterior, a mesma especialidade que encanta e atrai jovens médicos têm dificuldades em sustentar e manter a motivação dos mais experientes?

Para o jovem de espírito transformador e que não se identifica com o status quo na Medicina e na sociedade, a MFC soa como uma alternativa promissora. Mas segundo o diálogo

narrado, há uma dificuldade em sustentar a motivação dos mais experientes. Qual promessa não é cumprida?

A proposta de ser diferente, de transcender a racionalidade biomédica. Idealizar e sonhar com mudanças é matéria dos ares, campo móvel e fascinante de voos livres. Bancar diferenças exige maturidade e integridade. Há que se abrir mão do que não é, pra ser quem se é. Há que aceitar a perda, para reconhecer o ganho. Há que se transformar dentro para refletir fora. É assunto de coragem.

Em 1996, Ian McWhinney publicava seu artigo intitulado "The Importance of Being Different". Neste, apontava que alguns "General Practitioners" (GPs), termo adotado em alguns países para designar o MFC, defendiam que eles deveriam produzir mais pesquisas quantitativas, ser menos pragmáticos e mais teóricos para que ganhassem mais aceitação acadêmica. McWhinney via a situação de outra forma, entendia que a MFC é marginal porque difere de maneira fundamental do pensamento médico hegemônico e que aí reside o seu valor (McWhinney, 1996).

Completava indicando que desta forma, a MFC contribuiria para as mudanças necessárias na Medicina. Apontava quatro aspectos desta diferença: é a única disciplina que se define em termos de relacionamento, principalmente entre médico e paciente; médicos de família e comunidade tendem a pensar em termos de pacientes individuais em detrimento de abstrações generalizadas; a MFC se baseia em um pensamento organísmico e não na metáfora biológica mecanicista; A MFC é a especialidade médica que transcende a visão dualista entre corpo e mente (McWhinney, 1996).

Definir nossa área nesses termos tem consequências positivas e negativas. Não estar vinculado a uma determinada tecnologia ou conjunto de doenças é libertador. Dá à prática geral uma qualidade de imprevisibilidade e flexibilidade na adaptação às mudanças. Por outro lado, é pouco compreendido numa sociedade que parece dar cada vez menos valor aos relacionamentos. Uma consequência importante é que não podemos nos sentir confortáveis com a metáfora mecanicista que domina a medicina, ou com o dualismo mente/corpo dela derivado. Outra é que o valor que atribuímos aos relacionamentos influencia a nossa avaliação do conhecimento. Aqueles que valorizam relacionamentos tendem a conhecer o mundo mais pela experiência do que pelo que Charles Taylor designou "razão instrumental e descomprometida". A experiência envolve nossos sentimentos e também nosso intelecto. As emoções desempenham um papel muito significativo na prática geral e, como aponte, são seriamente negligenciadas na medicina em geral (McWhinney, 1996, p. 432. tradução minha).

McWhinney foi o principal autor que sistematizou os fundamentos filosóficos da MFC enquanto novo campo do saber e enfatizou a necessidade de adoção de um paradigma médico

holístico. Bem como a necessidade de um novo método clínico. No entanto, embora haja alguns avanços, observo que a MFC mantém uma prática biomédica.

## 8 A MEDICINA MODERNA TEM UM NOME

Na faculdade de medicina aprendi que para ser médica deveria manter uma certa distância dos pacientes, caso contrário minha avaliação seria turvada pela minha própria subjetividade. Faltaria objetividade, falharia o raciocínio e não existiria verdade. O rito iniciático da profissão, passa por colocar um jaleco branco, sentar atrás de um birô, ter um linguajar específico para conversar entre os pares e outro para conversar com os pacientes. É ser uma figura casta, como quem busca entrar em ressonância com a dimensão da pura razão, estéril e lógica, onde as doenças foram forjadas.

O símbolo do jaleco invoca a ideia de que não estamos ali como civis que se movimentam, se relacionam com outros, sentem fome, dúvida, lembram que não compraram a ração do gato e se emocionam. Estamos em ofício, fazemos parte de um grupo com regras de conduta, pressupostos de pensamento e gestos estritamente delimitados. São características que dialogam com o rigor militar, em que devemos prestar continência aos tratados de clínica, às evidências, às diretrizes e consensos de especialistas. Ações discordantes, principalmente as de origem criativa ou intuitiva, podem ser vistas como afronta e justificam invalidação no grupo. Por outro lado, também há um diálogo com o sacerdote, que abre mão de si, que se purifica de suas emoções e desejos, em devoção à sacralidade científica.

A premissa, atestada no vestibular, de que para ser médico é preciso ter muito conhecimento é lapidada durante a graduação e se transforma em: ser um bom médico é ser bom em diagnosticar doenças. "O conhecimento da doença é a bússola do médico, o sucesso da cura depende de um conhecimento exato da doença" (Foucault, 1980, p.7). A grade curricular refletia essa ideia. A semiologia ensinava a indagar, recolher e selecionar queixas e dados dos pacientes, para traduzi-los em sinais e sintomas da linguagem médica. Em seguida, o estudo das doenças era feito por especialidades, distribuídas em diversas disciplinas, cada uma com seu tratamento. As aulas teóricas apresentavam as doenças e o ambulatório da especialidade era a oportunidade de treinar a capacidade de reconhecê-las.

Nesse sentido, o encontro clínico apresenta um quebra-cabeças em que a imagem-modelo encontra-se predefinida nos tratados médicos e portanto depende da referência correta para solução. É um jogo que combina memorização através da exposição ao maior número de doenças possíveis, habilidade de selecionar as informações relevantes, omitir outras e promover o encaixe mais próximo à figura original. O modelo de percepção do médico é condicionado à teoria das doenças, que muitas vezes surge como hipótese no início do diálogo e filtra todo o olhar (Guedes; Nogueira; Camargo Jr., 2006).

Tesser e Luz (2008) afirmam que:

As patologias não só ganharam centralidade teórica e metodológica no ambiente de produção de saber esotérico, como sofreram um processo de ontologização que lhes imprimiu existência independente no ideário biomédico. E esse processo simbólico permeou todos os extratos sociocognitivos desse estilo de pensamento, dos mais esotéricos aos mais exotéricos. Assim, as doenças dominaram cognitivamente o exercício clínico dos círculos intermediários, dos clínicos, transformando-se no objeto principal da atenção dos curadores biomédicos (Tesser; Luz, 2008, p. 200).

É compreensível, portanto, sob esse ponto de vista, a falta de espaço para as vivências do paciente, menos ainda para aspectos emocionais do médico no consultório. Hoje já se reconhece a importância do contexto, estilo de vida e emoções para a saúde, bem como há um desejo de ter alguma espécie de ligação com o paciente, nem que seja para desenvolver uma conversa agradável. Lembro de um dos professores de semiologia falando: "você tem que quebrar o gelo com o paciente, saber conversar. Se for homem, por exemplo, você pode perguntar pra que time ele torce".

O fato é que não acreditam que essas informações sejam importantes para construção do diagnóstico. Seriam peças sobressalentes do quebra-cabeças, sem imagem referência disponível. A não ser que se trate de doença psiquiátrica, um universo à parte, criado para guardar as questões psicoemocionais rebeladas e os sintomas que não se convertem em lesões. Luz e Tesser afirmam que:

Esse modelo de pensamento médico é tão implantado no nosso cotidiano que parece ser algo natural e não uma construção teórica. Não só entre a população geral, mas também entre os médicos. Como escreve McWhinney, as faculdades de Medicina não discutem os fundamentos filosóficos da Medicina (McWhinney, 1993). O sistema médico a que me refiro é a Medicina Convencional, Medicina Moderna ou Biomedicina, como designada por Foucault (2010). A questão é que a Biomedicina está inscrita na história.

Seu surgimento data da transição do século XVIII para o século XIX, período de muitas transformações sociais sob os ideais da Revolução Francesa, e é apresentado por Foucault (1980) em *O Nascimento da Clínica*. O que funda a Medicina Moderna é a articulação da doença com o corpo, em que se estabelece uma mudança no espacial e verbal do patológico. Até então predominava um sistema médico designado Medicina Classificatória ou Medicina das Espécies (Foucault, 1980).

Tratava-se do estudo das doenças enquanto entidades mórbidas classificadas e agrupadas por suas semelhanças e relações numa estrutura hierárquica inspirada no modelo da botânica. Distribuídas em famílias, gênero e espécies. Falava-se da história natural das doenças

e de sua configuração primária. Os sintomas seriam os detalhes do quadro que compõe a imagem da doença. Esta ainda não havia assumido seu formato tridimensional no organismo humano, estava mais para uma fotografia (Foucault, 1980).

A doença, referenciável no quadro, aparece através do corpo. Neste, ela encontra um espaço cuja configuração é inteiramente diferente: espaços dos volumes e das massas. (...) Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente. É preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e idade do doente (Foucault, 1980, p.7).

Até o final do século XVIII, a assistência também não tinha o mesmo prestígio que o estudo teórico acadêmico da medicina. O ensino prático não era realizado pelas escolas médicas, havia que se pagar caro para acompanhar um médico experiente (Foucault, 1980). Nesse período, a medicina não era uma profissão regulamentada pelo Estado e era desempenhada pelas pessoas com formação acadêmica e por um grande número de práticos, como os boticários e cirurgiões barbeiros, por exemplo. Os médicos atendiam as poucas famílias ricas e a população geral era atendida pelos práticos.

O surgimento de epidemias, a derrocada das monarquias e a vitória da revolução burguesa gera a necessidade de uma ciência médica prática, com maior predictibilidade, qualificada para garantir a ordem e desenvolvimento das cidades. Ou seja, mais alinhada com a ordem econômica em ascensão e aos ideais positivistas. O hospital se transforma em possibilidade de cenário de prática e ao mesmo tempo oportunidade de oferecer assistência aos pobres (Foucault, 1980).

Este cenário favorece o surgimento das disciplinas clínicas e a formulação do método clínico que conhecemos hoje, a base da medicina moderna. O conhecimento sobre as doenças agora se vincula à observação de uma manifestação patológica nos tecidos. Até então a doença poderia se deslocar e possuía uma livre configuração, a partir daqui possui uma localização no corpo (Foucault, 1980).

O surgimento de instrumentos como o estetoscópio e o desenvolvimento da anatomia patológica com os estudos pós morte, permitiram que os médicos descrevessem e iluminassem, o que por séculos permaneceu invisível (Foucault, 1980). Os estudos em fisiologia, a descoberta dos microorganismos e o surgimento da epidemiologia que se seguiram contribuíram também para a proposição de modelos causais (Barros, 2002).

A narrativa médica da época apontava que sua legitimidade científica se dava por recorrer a modéstia do percebido, a dados empíricos recolhidos no leito do doente. A clínica seria a chave que estaria na origem da medicina e o método clínico um aprimoramento dessa experiência, pela objetividade do olhar que percebe o indivíduo em sua concretude e pronuncia sobre ele um discurso racional, de estrutura científica (Foucault, 1980). Nos dias atuais, essa máxima predomina como verdade.

Desde o século XVIII, a medicina tem tendência a narrar sua própria história como se o leito dos doentes tivesse sido sempre um lugar da experiência constante e estável, em oposição a teorias e sistemas que estariam em estado permanente de mudança e mascarado, sob sua especulação, a pureza da evidência clínica. O teórico teria sido o elemento de permanente modificação, o ponto a partir de que se desdobram todas as variações históricas do saber médico, o lugar dos conflitos e dos desaparecimentos. (...) A clínica, pelo contrário, teria sido o elemento de sua acumulação positiva (Foucault, 1980, p. 59).

No entanto, Foucault (1980) aponta que longe de ser um abandono das teorias em detrimento da relação imediata e sem obstáculos com a realidade do sofrimento e do dano, a clínica moderna operou uma reorganização entre o olhar e a palavra, entre o ver e saber.

Na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que alivia. Esta relação era de instinto e sensibilidade, mais do que de experiência (...) Durante muito tempo, sem dúvida, a experiência médica continuou aberta e soube encontrar, entre o saber e o ver, um equilíbrio que a protegesse do erro (...) mas na medida em que ela a organiza em um corpo sistemático, a fim de facilitar e abreviar seu estudo, nova dimensão é introduzida na experiência médica; a de um saber que se pode dizer literalmente cego, porque não tem olhar (Foucault, 1980, p. 60).

No modelo biomédico, a teoria das doenças guia e estreita o olhar do médico na abordagem clínica. "Neste método clínico em que a espessura do percebido oculta apenas a imperiosa e lacônica verdade que nomeia, trata-se não de um exame, mas de uma decifração" (Foucault, 1980, p. 125). A entidade mórbida passa a ser reconhecida a partir da lesão que produz no corpo, este é o ponto fixo, a sede das doenças.

No entanto, como afirma Camargo Jr. (2005), não se encontra nos textos médicos "o que viria a ser essas criaturas". Nem ao menos assume-se que a sua existência é um pressuposto teórico, comum a todo paradigma. Ainda assim, a existência das doenças é aceita por todos os médicos e o reconhecimento destas é fundamento e objetivo de sua prática profissional.

O autor propõe que é possível identificar em categorias um arranjo das formações discursivas das doenças. Apresentadas na tabela 1. Descreve ainda que segundo a lógica biomédica, quanto mais próxima do modelo fisiopatológico, mais alinhada aos métodos

experimentais das ciências naturais e mais força de evidência possui. Não obstante, na prática, é a clínica semiológica quem predomina (Camargo Jr., 2005).

Portanto, a biomedicina não representa uma evolução natural da Medicina em que a evolução da ciência e a tecnologia permitiu finalmente que o homem alcance a verdade sobre a vida humana e suas ameaças (Guedes; Nogueira; Camargo Jr., 2006). A ciência não deve visar produzir verdades indiscutíveis e sim discutíveis, a partir da exposição de pressupostos. A afirmação de sua legitimidade e validade por estar alinhada com a concepção de ciência empírica positivista é frágil diante da frequente criação de novas categorias de doenças e abandono de antigas, como podemos observar em manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Quadro 1- Estrutura das Doenças

	<b>Eixo Explicativo</b>	<b>Eixo Morfológico</b>	<b>Eixo Semiológico</b>
<b>Disciplina-tipo</b>	Fisiopatologia	Anatomia patológica	Clínica
<b>Categoria Central</b>	Causa	Lesão	Caso
<b>Definição de Doença</b>	Processo	Expressão de lesão(ões)	Gestalt semiológica
<b>Método Característico</b>	Experimental	Descritivo	Indiciário/ observacional
<b>Período Histórico</b>	Segunda metade século XIX	Fim século XVIII início século XIX	Século XVIII

Fonte: Camargo Jr.(2005)

A própria noção de vida e de homem aqui são apagadas e substituídas por normalidade fisiológica, organismo e saúde como ausência de doenças. "Enquanto outras racionalidades têm códigos bastante explícitos no que tange aos seus princípios gerais, na Medicina ocidental eles



podem apenas ser inferidos a partir do exame do seu discurso e de sua prática" (Camargo Jr., 2005, p. 181).

O autor identifica três proposições implícitas da racionalidade biomédica: caráter generalizante, caráter mecanicista e caráter analítico. A primeira ideia é de que é possível encontrar lei generalizáveis, o que retira o foco dos casos individuais; A segunda utiliza os mecanismos das máquinas para explicar a natureza, subordinadas a princípios de causalidade linear; A terceira entende que o estudo dos fenômenos deve ser feito pelo conhecimento de suas partes que somadas definem o todo (Camargo Jr., 2005).

Traduzindo essas ideias: o fenômeno de adoecer pode ser compreendido por leis gerais, as doenças, já que o homem, reduzido ao que pode ser observado pelos sentidos, é um corpo biológico, que opera como um mecanismo explicado por seus diferentes componentes. A terapêutica se associa a ação sobre a doença, ou seja é submetida ao diagnóstico:

O saber terapêutico ficou centrado no combate e controle das doenças, desviando-se do paciente e sua vida, tornando-se progressivamente padronizado, num processo de apagamento e desindividualização da ação biomédica em relação aos sujeitos reais. Estes passam a serem vistos cada vez mais como unidades homogêneas (Tesser; Luz, 2008, p. 200).

McWhinney afirma que a biomedicina objetiva entender o adoecimento em apenas um nível e se refere às doenças como abstrações. Destaca a exclusão da subjetividade e realidade do paciente e manutenção das dicotomias corpo/mente e diagnóstico/tratamento. A dimensão ética de promover o alívio ao sofrimento é fragilizada pelo compromisso primordial com o diagnóstico, a ponto de se responder a uma pessoa que sofre com "você não tem nada". Completa que sua força reside no alto poder preditivo e por oferecer um método de trabalho que oferece segurança e promete mitigar as incertezas. Conheça as doenças, aplique o método e se abrirá o caminho para reconhecer as patologias ou ao menos excluí-las (McWhinney, 1993).

## 9 A BIOMEDICINA É POP, É TECH, É TUDO

Os avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna permitem enxergar os genes e manipulá-los, criar vida em laboratório, enxergar moléculas, células, tecidos e órgãos por meio de testes bioquímicos, microscópicos e de imagem. É possível aplicar hormônios, antibióticos, realizar cirurgias delicadas, seguras e sem dor, implantar dispositivos em órgãos nobres como o coração, realizar transplantes, trocar grandes articulações e manter funções tão importantes quanto a respiração por meio de respiradores mecânicos.

O sucesso da Medicina Moderna em compreender as leis que regem a vida no nível físico é inquestionável e permitiu não apenas a manutenção da vida, quando esta já está fragilizada, como também identificou fatores de risco e criou mecanismos para evitar possíveis transtornos, como a invenção de vacinas, por exemplo.

Por outro lado, o que representa esse sucesso na perspectiva da sociedade geral? O ideário positivista de progresso, ordem e primazia da razão, embora tenha alcançado sucesso em promover um desenvolvimento tecnológico vigoroso, parece ter falhado em atender desde as necessidades mais básicas das pessoas, até a promoção de sociedades mais justas. Problemas como violência, fome, moradia, falhas do sistema educacional, desemprego, poluição, adoecimento e infelicidade são marcas da decadência humana produzida pelos Estados Liberais. A eclosão da pandemia de covid-19 em 2020 e a grave situação ambiental que vivemos corroboram com essa perspectiva.

Da mesma forma, ao passo que a Biomedicina é bem sucedida em produzir tecnologia e gerar recursos, falha em promover o bem estar das pessoas, num sentido mais amplo, em promover vida. No máximo, age para corrigir desvios e mantê-la. Parece que ao passo que a Medicina vai bem, o doente vai mal. Não é o conhecimento em si que é problemático, mas principalmente os pressupostos sobre o homem e a vida e principalmente as finalidades de seu emprego na nossa sociedade. Os métodos, a forma, o que promove nas relações onde opera.

Nos países chamados desenvolvidos, em que há uma maior oferta e acesso aos recursos mais avançados da medicina, a iatrogenia se tornou uma grande causa de morbidade e morte. Segundo estudo publicado na revista British Medical Journal em 2016, a iatrogenia é a terceira causa de morte nos Estados Unidos (Makary; Daniel, 2016).

O Relatório Mundial de Saúde Mental publicado em 2022 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram números alarmantes sobre as taxas de transtornos mentais e suicídio, que se tornaram um grande desafio para o mundo contemporâneo, não só pelo seu

grande aumento, como pela variedade de apresentações, seja em populações adultas, jovens e idosas (Barbui, 2023).

O mercado da saúde contribuiu para desviar a lógica da saúde enquanto vida no sentido de expressão de potencialidades, expansão, autonomia e liberdade; para aproximá-la da noção de consumo. As pessoas foram doutrinadas a desejar os recursos diagnósticos e terapêuticos. O que atende aos interesses do capital, do complexo industrial e de serviços médico-farmacêutico.

A articulação da clínica biomédica com a disciplina da Epidemiologia possibilitou uma maior normatização da vida, definição de regras de conduta saudáveis e o fortalecimento da autoridade da Medicina como detentora do saber que protege a vida. Dessa forma, segundo Foucault (2010, p. 170-171), "o corpo dos indivíduos se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado". O autor cunhou o termo Biopoder para expressar a ferramenta de controle que nasce da união política entre Medicina e Estado, a Medicina de Estado.

A experiência da pandemia em covid-19 permite observar claramente que a medicina é instrumento de socialização muito mais do que uma prática individual, como afirma também Foucault (2010). Neste período, comportamentos, relações, a capacidade de tomar decisões, praticamente todos os aspectos da vida, foram subordinados à autoridade sanitária da medicina institucionalizada no Estado.

Que modelo de medicina e concepção de saúde foi adotado para balizar as decisões nesse período? Quanto da mortalidade durante a pandemia esteve principalmente determinada pelo vírus e o quanto pode estar relacionado às medidas adotadas no período, como o isolamento social? A questão do autoritarismo x coletivismo também está no cerne dessa questão e não é propósito deste estudo aprofundar. Não é fácil fazer estas perguntas, principalmente pelo contexto político do Brasil durante a pandemia. Também pela dor e sofrimento ainda recentes motivados pelas inúmeras perdas que tivemos.

Camargo Jr. (2005) defende que a Epidemiologia está subordinada à clínica e as definições da teoria das doenças para abordar os problemas de saúde. Embora incorpore a noção de determinação social dos processos saúde-doença, há um privilégio da biologia no entendimento dos distúrbios, o que a configura como a ciência das doenças na coletividade. Portanto, a inclui como parte da racionalidade médica moderna e sujeita a mesma cosmologia mecanicista.

Apesar de ser "pop" e "tech", a Medicina Moderna vem apresentando sinais de crise. Luz (2012) afirma que esta é explicada por fatores éticos, políticos, pedagógicos e sociais, mais do que ligados ao processo de produção do conhecimento. Foucault (2010) aponta que a sua

eficácia, bem como os critérios de cientificidade do seu saber, também estão implicados. O alto custo da assistência em saúde, a mercantilização da relação médico paciente, a crise nos vínculos entre médicos e pacientes, bem como a ênfase no diagnóstico e pouco comprometimento com os aspectos de cura e alívio do sofrimento são apontados como componentes dessa crise pelos autores.

Desde que a medicina existe se sabe sobre sua possibilidade de causar danos. No entanto, isto era justificado pela ignorância, pela falta do saber. Agora é por sua positividade que a possibilidade do dano existe, pela afirmação de sua verdade científica, pelo seu saber (Foucault, 2010). Quais são os efeitos na história e no homem da manipulação genética de vírus e bactérias, do uso intensivo de antibióticos e de manipulação das defesas do corpo como em usos prolongados de imunomoduladores?

Outro ponto, é que a Medicina ocupou todas as áreas da vida, operando normas não apenas quando o assunto é doenças, mas agindo, por exemplo, em indivíduos saudáveis por testes de *screening*, sendo convocada a decidir entre delinquência e loucura em tribunais e a decidir sobre aspectos normais e patológicos da sexualidade. Como ainda acontece nos tratamentos para homossexualidade no Leste Europeu. Fenômeno que Foucault (2010) designou medicalização da vida e que escancara a essência político histórica que caracteriza a Medicina Moderna mais do que sua natureza enquanto verdade.

Um outro aspecto fundamental é o fato dela própria ter se tornado objeto de consumo, produzido pela indústria, laboratórios e empresas comerciais. Gerar necessidades sem que isso garanta melhora no nível de saúde e vida também escancara vícios que contribuem com a crise (Foucault, 2010).

## 10 A BIOMEDICINA NA PRÁTICA DO MFC

No início da residência já sentia alguns incômodos que não sabia nomear, relacionados ao conteúdo do canal teórico para os residentes do primeiro ano (R1). Os assuntos eram divididos ao longo do ano da seguinte forma: primeiros encontros destinados à discussão do método clínico centrado na pessoa e os seguintes destinados à discussão das doenças e ao cuidado de condições específicas como a gestação e a puericultura.

Se por um lado existia um clima gostoso de cumplicidade entre os residentes e preceptores, diferente do clima hierárquico e competitivo presente em contextos parecidos na faculdade, por outro, me via desmotivada a estudar doenças, nos mesmos moldes da graduação: sinais e sintomas, diagnóstico, diagnóstico diferencial, exames complementares e tratamento. Achava que encontraria ali algo diferente. A tentativa de trazer casos reais, ajudava a tornar vivo o quadro, mas servia mais para ilustrar a doença do que para narrar a singularidade do adoecer.

Recordo que o ânimo retomava em outros assuntos, por exemplo, no estudo dos ciclos de vida. O dia em que estudamos saúde do idoso me marcou, fiquei emocionada e lembro que alguns colegas também. Trouxemos histórias e aspectos próprios dessa fase que sinergicamente atuam no caminho do vigor ou da vulnerabilidade: vivências durante a vida, aceitação do envelhecimento, redes de apoio, distúrbios crônicos, espiritualidade e a capacidade de autonomia e independência. Foi uma abordagem rica, privilégio da dinâmica sobre a fotografia, em que os diversos elementos envolvidos no adoecer desse grupo foram reconhecidos.

Notava que esse desconforto não era compartilhado por todos os colegas, que ao se sentirem inseguros com a diversidade de problemas de saúde aos quais estavam expostos na clínica, acreditavam precisar de mais conhecimento sobre as doenças para ganhar confiança. Refletia se tinha um excesso de confiança, por não sentir o mesmo, ou se era desleixo, displicência, falta de tino médico.

Percebi esse mesmo fenômeno quando atuei como preceptora da residência de MFC e ajudava na condução desse mesmo canal teórico. Durante a pandemia, o encontro ocorria de forma remota, mas era perceptível o maior engajamento dos residentes nas discussões sobre os aspectos patológicos, do que nas que se abriam aos aspectos subjetivos e contextuais.

Esse movimento era contraditório, já que ao mesmo tempo, os residentes demonstravam entusiasmo, pertencimento e identificação com a medicina de família e comunidade. Tanto na minha turma, como nas que tive contato como preceptora. O método clínico centrado na pessoa, as ferramentas de comunicação clínica, técnicas de abordagem familiar, abordagem de ciclos

de vida, o tema da saúde de minorias e outras particularidades também produziam interesse e contribuíam para gerar identificação com a MFC.

Qual o sentido dessa contradição? Uma interpretação possível é a de que eles atribuem diferentes pesos em relação à importância do conhecimento sobre as doenças e aos conteúdos próprios da MFC. A força da formação biomédica é tão grande que embora haja o desejo de incorporar novas práticas, há um "grilo falante", um aforismo implantado, que adverte sobre a essência de ser da nossa profissão: ser versado em doenças.

Por outro lado, há a APS carioca que professa a cartilha da biomedicina por meio de protocolos, da priorização da produção sobre a qualidade das consultas, sobre o forte controle epidemiológico e por fim, através da falta de incentivo a incorporação de outras racionalidades médicas, bem como a ações coletivas de promoção de saúde. Tesser (2019) aponta que a biomedicina ainda domina a maior parte das ações em atenção primária, gerando medicalização e descaracterização do cuidado integral, entre fatores implicados estão a sobrecarga dos trabalhadores, o excessivo no controle epidemiológico de doenças e fatores de risco e por mecanismos de gestão.

Recordo de quantas vezes o canal teórico destinado a comunicação clínica para os residentes de primeiro e segundo ano precisava ser revisto por problemas de faltas e pouca participação. Enquanto era residente, lembro que a motivação principal do grupo para participar desse espaço era a oportunidade de socialização com os colegas e de desabafar as questões vividas durante o trabalho. Claro que é uma motivação legítima, com potencial pedagógico, e que deveria inspirar, inclusive, a criação de mais espaços com essa finalidade. Mas o que estava implícito nas falas e comportamentos, era uma ideia de menos valor, de um caráter científico menor, por fim, de importância secundária deste espaço

Outro aspecto importante, é a crescente oferta e procura de cursos voltados para os Médicos de Família e Comunidade com os conteúdos tradicionais das especialidades clínicas. "Cardiologia para os mfcs", "Ortopedia para os mfcs", "Psiquiatria para os mfcs". É verdade que um dos princípios da Medicina de Família e Comunidade é ser um clínico qualificado nas condições prevalentes na população sob seus cuidados. No entanto, a percepção da necessidade de aprofundar os conhecimentos clínicos por meio do conteúdo das especialidades focais, pode representar insegurança no papel do generalista, e por meio desse fenômeno é possível mapear redes de fortalecimento do modelo biomédico na Medicina de Família e Comunidade.

Observo nesse contexto, que o método clínico centrado na pessoa, o conteúdo das humanidades e as habilidades de comunicação são mais associadas aos aspectos da dimensão relação médico-paciente. Vistas como ferramentas para a construção de vínculo, para melhorar

a escuta, para compartilhamento de decisões, levantamento de expectativas e entendimento da experiência de adoecimento.

Por mais que contribuam para estratégias de escuta reflexiva, demora permitida e entendimento da complexidade dos fatores envolvidos no adoecer, não parecem compor uma transformação profunda na clínica. Na forma de conceber o homem e o raciocínio dirigido quando confrontado com distúrbios. Tampouco proporciona um olhar que integre corpo e mente e revele a visão ampliada da organização humana.

Ao se deparar com queixas, por não possuir outros conhecimentos sobre o processo de saúde-doença, o mfc aciona o modelo que aprendeu há alguns anos, quando através do birô, viu seu primeiro paciente na faculdade: o modelo biomédico. Sinais e sintomas disparam alarme no seu sistema interno doutrinado, que logo vasculha o repositório registrado de doenças em busca de um "match". Quando ele resiste a essa tensão, esse arco reflexo tão fortemente arraigado, e opta por incentivar descanso, atividades de lazer, busca de autoconhecimento, medidas de estilo de vida, participação na academia carioca, conversas com os familiares para distribuir papéis e funções, ou apenas prescrever sintomáticos, há um olho que gira em torno de si e acusa: charlatão!

Foi nessa encruzilhada em que eu me vi como jovem médica de família e comunidade há alguns anos atrás. De um lado a MFC, com sua promessa não cumprida, do outro, a falta de outros modelos explicativos dos fenômenos de saúde-doença fundamentados em uma visão holística do homem e da vida.

Outras questões importantes que me despertaram a necessidade de busca de outros modelos foram: os casos em que o adoecimento não se conectavam com lesões orgânicas; à desconfiança com o crescente número de categorias "funcionais" de doenças; a discrepância entre a teoria das doenças que aprendi e experiência singular do adoecimento das pessoas; a percepção do efeito curativo das relações e da tomada de consciência de si; a falta de esclarecimento sobre a origem/causas dos distúrbios e de possibilidades terapêuticas mais eficazes e menos invasivas.

Essas inquietações me impulsionaram a buscar a formação em Medicina Antroposófica. Por algum tempo, senti minha alma cindida entre uma velha ressentida com a Medicina de Família e Comunidade e uma donzela deslumbrada com a Medicina Antroposófica. Exausta e decepcionada com o trabalho na APS do Rio, depois de alguns adoecimentos e crise de identidade, optei por tomar ar fresco e atuar na saúde suplementar. Na banca de qualificação, ficou claro o tom de amargura e veio a orientação: talvez não se trate de caminhos distintos. Busque os princípios da Medicina de Família e Comunidade.

## 11 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DA MFC E O PARADIGMA HOLÍSTICO DE MCWHINNEY

### 11.1 UM NOVO MÉTODO CLÍNICO

Sabia da importância de Ian McWhinney para a história da Medicina de Família e Comunidade por sua contribuição em sistematizar os princípios da especialidade, mas conhecia pouco das suas ideias filosóficas. Lembro que fui apresentada ao seu livro Manual de Medicina de Família e Comunidade na liga de MFC, no segundo período da graduação. Na residência, apenas uma vez, já no segundo ano, discutimos um artigo seu, por sugestão de uma nova preceptora que havia adquirido o livro Family Medicine Classic Papers. As principais referências bibliográficas adotadas na residência eram o Tratado de Medicina de Família e Comunidade e o Medicina Ambulatorial Duncan.

No artigo intitulado "Why We Need a New Clinic Method", Mcwhinney (1993) aponta os limites do modelo biomédico e propõe a criação de um novo modelo. Ele incorpora a teoria dos paradigmas de Thomas Kuhn para apontar as seguintes anomalias que levam a crise do paradigma biomédico: (1) muitas pessoas que se sentem doentes, não têm doenças classificáveis; (2) nem sempre se estabelece o agente causal, múltiplos fatores determinam o adoecimento; (3) dissociação mente-corpo, o adoecimento tem expressões multinível; (4) efeito curativo do placebo. Essas anomalias desafiam o pressuposto que fundamenta a biomedicina: a existência autônoma das doenças (Freeman, 2017).

No aspecto científico da medicina de família, o papel da filosofia deve ser, nas palavras de Whitehead, o de "criticar as abstrações". Até o momento, a medicina de família parece ter aceitado sem questionamentos o atual sistema de abstração da medicina, i.e., seu método de classificação das doenças. Temos feito isso, ainda que ele não se encaixe bem com os "fatos concretos" da prática generalista. Continuamos, por exemplo, a realizar pesquisas de morbidade nas quais aceitamos, sem questionar, conceitos como o de "enfermidades psiquiátricas" (Freeman, 2017, p.57).

Norman e Tesser (2019) apontam que McWhinney escolhe propositalmente a psiquiatria por ser um campo em que é a mais fácil identificar as inconsistências do modelo biomédico. Perceber a fragilidade onto e epistemológica dos construtos de doença. Destacam ainda que essas incongruências são mais facilmente observadas na prática generalista.

Segundo McWhinney (1993), a transformação exige as seguintes mudanças: uma redefinição da tarefa clínica; uma nova percepção dos significados das doenças; uma redefinição do conhecimento médico; uma mudança na forma como os médicos se veem. Para que o novo modelo obtenha simplicidade, determinação clara e critérios de validade, que



conferem força ao método tradicional, é imperioso: acessar as percepções do paciente sobre sua doença; como ela modifica sua vida e suas expectativas sobre o tratamento; e atingir um entendimento comum com o paciente acerca de seu problema. O critério de validação é dado pelo paciente ao expressar se houve o entendimento.

O novo método requer um deslocamento da busca de acurácia no diagnóstico da doença, para o objetivo de atingir um entendimento claro da experiência do adoecimento. O objetivo é priorizar a realidade do sofrimento em detrimento da abstração que é a doença. A nova tarefa clínica não é apenas diagnosticar a doença, mas conhecer a experiência individual do paciente. Dessa forma, perceber que não existe apenas um significado mecânico-fisiológico destas, mas também existencial (McWhinney, 1993).

Esta proposta requer uma mudança na atitude do médico. O ponto chave do método clínico centrado na pessoa é desenvolver a escuta ativa. McWhinney ressalta o desafio dessa proposta, que exige uma disciplina do corpo e da mente na produção de silêncio interno e intensa concentração nas expressões verbais e não verbais dos pacientes. Enfatiza que o desenvolvimento de técnicas para realização de perguntas-chave é poderoso e pode abrir portas. Sublinha a importância de desenvolver autoconsciência e competências emocionais (McWhinney, 1993).

As ideias que expus até aqui já eram conhecidas por mim através do estudo do Método Clínico Centrado na Pessoa. No entanto, recordo que as discussões realizadas no contexto da residência médica eram mais operacionais e focadas na comunicação do que em aspectos filosóficos da mudança de perspectiva sobre o homem, a saúde e a doença que o método propõe. Também não houve aprofundamento sobre os problemas e fragilidades do modelo biomédico e seu constructo de doenças. Rer ler as descrições do método feitas pelo próprio McWhinney, principalmente em seus artigos publicados, proporciona o acesso a riqueza viva, inovadora e pulsante dessas propostas.

No entanto, o ponto de mutação que promoveu uma profunda reconciliação na minha alma, um alívio de fazer as pazes com a especialidade que me proporcionou tanta beleza e sentido na escolha de ser médica, veio com uma descoberta nova para mim. Nunca havia ouvido falar sobre isso na residência, em conversa com colegas MFCs, em congressos ou cursos: a proposta de um novo conhecimento médico sobre o homem e sobre os processos de saúde-doença. O paradigma organísmico de McWhinney.

## 11.2 PARADIGMA ORGANÍSMICO DE MCWHINNEY

Segundo esse paradigma, embora a metáfora mecanicista ajude em algum grau a entender o ser humano, organismos vivos têm propriedades não compartilhadas pelas máquinas: crescimento, aprendizado, regeneração, auto-organização e auto-transcendência. O organismo é um "particular", no caso do ser humano, um indivíduo, que ocupa lugar no espaço, reage ao tempo, possui fronteiras ou delimitação, e vive em um ambiente. Isso implica em que seu comportamento não pode ser previsto por lei gerais. Há sempre incertezas nessas generalizações (McWhinney, 1996).

Uma bola de bilhar ao ser atingida por um taco de sinuca pode ter seu movimento previsto a partir de cálculos de força, angulação, de sua massa e volume. O mesmo não ocorre com um organismo, pois suas reações também dependem de sua história, capacidade de atribuir sentido e do seu contexto ambiental. Além disso, diferente da bola, ele não é um objeto passivo, é ativo, pode regular-se, é complexo (McWhinney, 1996).

Organismos possuem múltiplas dimensões que interagem em fluxos circulares entre si e com o ambiente externo. Portanto, mudanças em qualquer parte refletem no todo e também à sua volta (McWhinney, 1996). Uma imagem que se aproxima é a da teia de aranha, em que círculos concêntricos cada vez maiores são representados do centro em direção a periferia, conectados por linhas perpendiculares que representam o fluxo entre elas. As informações se movem em ambas as direções das linhas, incluindo trocas com o meio exterior.

Os dados obtidos nas interações possuem símbolos que serão processados nos diferentes níveis (McWhinney, 1996). Por exemplo, uma briga desencadeia descarga de hormônios no nível biológico e evoca memórias e emoções no nível mental. O indivíduo como um todo atribui sentidos a este acontecimento, expressos pelas palavras e outros códigos, como gestos e entonação. Esse exemplo pode ilustrar os efeitos dos relacionamentos na saúde-doença.

Devido a característica, em que há múltiplos feedbacks entre os diferentes níveis e com o meio, fatores aos quais se atribui valor de causa, podem se comportar como gatilho. Ou seja, contribuem em uma disposição que já existe. Outro ponto é a existência de elementos que mantêm o adoecimento, embora não tenham agido como fator causal (Norman; Tesser, 2019). Um exemplo disto, é medir a pressão nas crises de pânico, já diagnosticadas, e agravar a ansiedade por alterações desta, ou o efeito desanimador de ouvir do médico que talvez tenha que tomar o psicotrópico para sempre.

As medidas terapêuticas podem atuar em fatores causais identificados, nos que impedem a recuperação e ainda em sinergia com as forças de defesa do organismo. McWhinney (1996)

afirma que as intervenções mais bem sucedidas na Medicina são as que contribuem para o poder de cura do organismo, por exemplo: cirurgia para consolidar fratura, cuidados com feridas, vacinas e recomendação de dieta, hidratação, descanso, sono, alívio da dor, da ansiedade e suporte pessoal.

Ainda que se opte por intervir em um componente da rede causal, como no uso de antibióticos é importante compreender o contexto. Já que causa e efeito estão distantes no tempo e espaço e há outras influências que podem modificar os resultados (McWhinney, 1996). Em quantos casos de prescrição de antibiótico foi de fato este o responsável pela cura? Ou o que explica processos de cura arrastados mesmo com intervenção antimicrobiana apropriada precocemente?

Um aspecto que considero revolucionário do modelo é a noção de consciência. Ele defende que os organismos apresentam uma consciência que não se restringe ao cérebro, mas que é imanente a todo o corpo, pois em todos os níveis, há capacidade de realizar atividades autônomas. E ainda, de integrar essa atividade com o todo. Por exemplo: o sistema imunológico consegue distinguir o próprio do não-próprio de forma autônoma e se comunicar com o sistema neuroendócrino. Por outro lado, já é conhecido o papel das emoções no sistema imune, uma interação que aponta o efeito das relações humanas no resultados de doenças. O autor destaca, por exemplo, o aumento na mortalidade de todas as doenças provocadas pelo isolamento social. (McWhinney, 1996)

A mente imanente conhece o mundo através dos sentimentos. Esta separação entre pensamento e sentimento, e a atribuição de um papel limitado à emoção, tem se tornado insustentável pela ciência cognitiva (...) a emoção é necessária para a cognição, especialmente para dar significado à nossa experiência. A neurociência agora nos diz que esta conexão está incorporada na estrutura e na função do cérebro. Experiências que são significativas são depositadas como memória em nossos circuitos neurais, com a coloração afetiva que lhes confere significados para nós. Os acontecimentos das nossas vidas estão entrelaçados numa narrativa pessoal que não só nos dá a noção de nós mesmos, mas também nos permite interpretar e dar um significado pessoal a cada nova experiência. O 'corpo como máquina' é substituído por uma nova metáfora - 'a mente corporificada' - e a nossa nova linguagem fala da mente-corpo, não da mente e do corpo. Nossa compreensão vem da experiência corporal do mundo, interpretado sempre em termos da nossa história. Essa abordagem leva muito a sério o conhecimento derivado da experiência (McWhinney, 1996, p. 435, tradução minha).

Norman e Tesser (2019) resumem esse modelo no quadro a seguir:

Quadro 2. Paradigma Organísmico de McWhinney

- Os organismos humanos têm as seguintes propriedades: crescimento, regeneração, cura, aprendizado, auto-organização e autotranscendência.
- A terapia geralmente consiste em remover os obstáculos para a cura, sejam eles psicológicos, socioeconômicos ou físicos. A intervenção depende dos poderes de cura do organismo.
- Os regimes tradicionais – incluindo a nutrição equilibrada, descanso, sono sadio, exercícios, alívio da dor, apoio pessoal e paz mental – apoiam os poderes curativos naturais do organismo.
- Um organismo reage aos traumas da vida como um todo. Toda doença significativa afeta o organismo em todos os níveis, desde o molecular até o cognitivo-afetivo.
- Os sistemas auto-organizados, tais como os organismos, são multiníveis. As múltiplas vias de retroalimentação entre o paciente e o meio-ambiente e entre todos os níveis do organismo do paciente exigem que pensemos em redes causais multidirecionais, e não de modo linear.
- O pensamento organísmico implica na completude entre mente e corpo, e não na dualidade.

Fonte: Norman e Tesser, 2019.

McWhinney fala que a existência é multidimensional e aponta três dimensões: física, mental e transcendental (Freeman, 2017). Saúde é um equilíbrio entre essas dimensões e tem uma concepção mais próxima da ideia de vida do que de ausência de doença. Cada nível tem características de consciência diferente:

Whitehead (1926) defendia que, se queremos saber os princípios gerais da existência, devemos começar pelo nível mais elevado e ir descendo. Os níveis mais elevados têm capacidades não encontradas nos níveis inferiores. O mais elevado não pode se derivar do mais baixo. A biologia não pode ser completamente explicada em termos de física, nem a psicologia em termos de biologia. Embora cada nível superior inclua os níveis mais baixos, ele sempre transcende esses níveis (Freeman, 2017, p. 80).

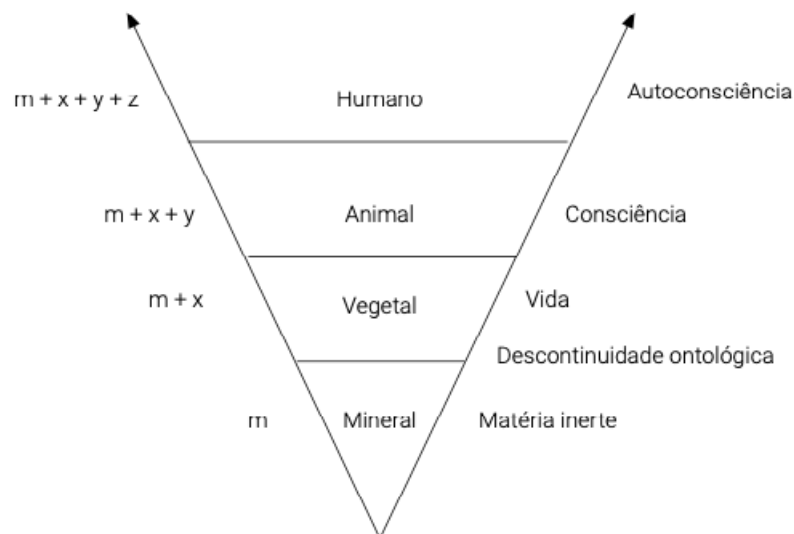
Norman e Tesser (2019) destacam que McWhinney foi influenciado também por Schumacher<sup>7</sup> cujo constructo sobre os níveis de existência encontra-se sistematizada na figura 1.

A figura apresenta as dimensões de existência indicando uma evolução na qual o maior nível não só é mais amplo, ou mais evoluído, mas também comporta os anteriores (indicado pelas letras à esquerda). Esta teoria também corrobora com a ideia de que níveis mais elevados não podem ser explicados pelos mecanismos dos mais baixos. "Para Schumacher, citando Maurice Nicoll, 'a vida, antes de qualquer outra definição, é um drama do visível e do invisível'" (Norman; Tesser, 2019, p. 7).

---

<sup>7</sup>Ernst Friedrich Schumacher foi um economista alemão. Desenvolveu, entre outros conceitos, a ideia de que o mundo é uma estrutura hierárquica com pelo menos quatro níveis de existência.

Figura 1- Construto hierárquico dos níveis de existência de Schumacher



Fonte: Norman e Tesser, 2019, p. 7.

Considero que o modelo proposto por McWhinney avança no sentido de resgatar o sujeito e referenciar seus distúrbios mais em sua própria vida do que na classificação de doenças. Se pensarmos apenas na doença, já temos ali descrito o que fazer de tratamento, mas trata-se de uma generalização e pode não funcionar para aquela pessoa específica. É inovador por admitir aspectos invisíveis no ser humano e por discutir sua estruturação em diferentes dimensões que retroagem entre si e com o meio na produção de saúde-doença.

Nesse sentido, o paradigma organísmico contribui fortemente para demonstrar a relevância dos aspectos relacionais e da compreensão da experiência de adoecimento não apenas para o entendimento correto do problema e exercício de prevenção quaternária, mas como forças promotoras de cura. A abordagem ampliada do Método Clínico Centrado na Pessoa, derivada deste paradigma, permite acessar dimensões mais elevadas do ser humano, além da física, e agir através destas favorecendo as defesas e capacidade de autocura dos indivíduos.

No entanto, assim como Norman e Tesser (2019), acredito que a teoria tem limitações e precisava ser mais desenvolvida. Tive a sensação, durante o estudo do tema, de que havia mais a ser dito e que as informações estão espalhadas nos textos do autor. Na quarta edição do Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney, redigida por Freeman, por exemplo, não vi referência ao termo paradigma organísmico e nem sobre a ideia de consciência imanente apresentada no artigo "The Importance of Being Different".

Faltou avançar na descrição das dimensões do ser humano, seus desequilíbrios, paralelos com outros organismos vivos e sobre novas medidas terapêuticas, além das relacionais. A escuta, o apoio na produção de sentido e as medidas higiênicas muitas vezes não são suficientes para produzir cura. Apostar apenas nessas medidas pode levar a um certo nihilismo terapêutico, não desenvolver novos tratamentos perpetua lacunas para as infiltrações do modelo biomédico.

### 11.3 RECONCILIAÇÃO COM A MFC

À medida que eu me aprofundava nas ideias de Mcwhinney, sentia um processo forte de resgate de sentidos e afetos com a Medicina de Família e Comunidade. A essa altura já havia digerido as experiências de trabalho e distinguido o que cabia ao contexto e o que de fato era a essência da especialidade. Iniciei um novo trabalho no serviço privado com a proposta de compor uma equipe multidisciplinar de atenção primária para atender funcionários da empresa e pessoas captadas de planos de saúde conveniados.

A adaptação não foi simples, senti falta do território, estranhava a cultura corporativa e me irritava por ter que explicar aos pacientes captados porque eles estavam ali, se já tinham os especialistas que queriam. Era muito difícil coordenar o cuidado de pessoas com múltiplos especialistas, polifarmácia, cultura de consumir muitos exames e que não vieram por busca própria e sim por convite.

Há uma série de problemáticas na atuação do MFC no serviço suplementar, associadas aos interesses econômicos privativos, à cultura de consumo em saúde e ao modelo contratual em regime de pessoa jurídica. Cabe uma nova investigação apenas com esse tema.

No entanto, a forte cultura biomédica do setor privado e das especialidades focais e a constatação na prática das iatrogenias diretas e indiretas resultantes, produziram um contraste que me ajudaram a fortalecer meu pertencimento e orgulho de ser Médica de Família e Comunidade. O maior tempo para os atendimentos e menor sobrecarga de funções abriram espaço para fazer diferente.

#### **Chamada de Vídeo**

- *Oi doutora, marquei esta consulta para tirar uma dúvida.*
- *Tá bem, Cláudio, pode falar.*

- *Estou tomando clavulin há 4 dias por uma infecção no pulmão e hoje comecei a sentir coceiras nos braços. Quero saber se devo continuar o remédio.*
- *Entendi, só coceira, ou tem também manchas, inchaço e outros sintomas?*
- *Não, só coceiras.*  
*Direciona os braços para câmera, mostrando onde coça.*
- *Entendi. O que você sentiu quando começou a infecção?*
- *Tosse com catarro, coriza e dor na lateral das costas, em cima das costelas. Não tive febre. No terceiro dia fui ao médico que disse que era infecção e me passou um pedido de tomografia do tórax e a receita do clavulin. O resultado do exame ainda não saiu.*
- *Certo. Como você tem se sentido em relação à doença?*
- *Mal! Fico em casa o dia todo, o médico disse pra eu ficar de repouso até terminar o tratamento. Não posso sair para as caminhadas com minha esposa e nem para o pilates. O que mais faz um velho aposentado?*
- *Você melhorou dos sintomas?*
- *Melhorei, um pouco de tosse seca ainda, mas quase nada e a coceira que apareceu hoje.*
- *Como estavam as coisas antes de adoecer? Alguma mudança?*  
*Percebo seu olhar desviar como quem aprofunda em si.*
- *Teve. Há 15 dias minha filha veio ficar aqui em casa com as duas crianças e o meu genro pra fazer uma obra no apartamento deles. Sem previsão de acabar.*
- *Humm.. como você acha que isso te afetou?*
- *Me afetou muito, as crianças não ficam quietas, a casa ficou barulhenta e com objetos ocupando inclusive a sala. Amo minha netas, mas sinto falta do meu silêncio e tempo com minha esposa.*
- *E pra completar teve que ficar em casa o dia todo esses dias né?*
- *Sim, se pelo menos eu pudesse tomar um ar.*
- *Olha, Cláudio, você já tem mais 72h de antibiótico e já se sente melhor, não vejo porque você ficar completamente parado. Retoma aos poucos suas atividades. Sai pra caminhar.*
- *Sério, doutora? E a coceira?*
- *Sim, isso vai ajudar na sua recuperação. A coceira está leve, surgiu hoje, usa um hidratante no local que coça e posso te passar um anti-alérgico também. Tem só mais uma coisa. Sua esposa e filha sabem como você se sente em relação à nova dinâmica da casa?*

- *Não. Não quero que elas pensem que estou com má vontade, principalmente minha filha.*
- *Talvez elas já tenham notado algo, não? E aí podem interpretar de uma maneira distorcida. Quem sabe ao falar com elas, não surja alguma ideia nova? Alguns espaços e horários para preservar na casa, por exemplo.*
- *É pode ser, vou pensar nisso. Só de poder sair também já vai ser um alívio. Obrigada doutora.*



## 12 CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA PARA A MFC

### 12.1 ANTROPOSOFIA COMO CIÊNCIA E MEDICINA ANTROPOSÓFICA COMO RACIONALIDADE MÉDICA

O Congresso Sul-brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis contou com uma mesa sobre racionalidades médicas composta por Médicos de Família e Comunidade com formação em Medicina Chinesa, Ayurvédica, Antroposófica e Xamanismo. Foi um momento emocionante, senti o coração bater forte. Reconheci naquele momento um caminho para buscar respostas para grandes inquietações.

Recordo que as apresentações sobre Medicina Antroposófica e Xamanismo foram as mais marcantes, não apenas porque eram pouco conhecidas, mas por representar diferentes visões de mundo. Optei por iniciar a formação em Medicina Antroposófica, dois anos após esse congresso, quando já havia concluído a residência e experimentado mais de um ano de prática como MFC.

A Antroposofia é uma cosmovisão que busca compreender o homem, a natureza e também o cosmos por uma integração entre os fenômenos visíveis e invisíveis, ou para usar um termo mais adotado neste campo, sensível e suprassensível. Como suprassensível, entende-se tudo que não pode ser verificado pelos sentidos físicos, mas que pode ser percebido em suas manifestações, por exemplo: a vida, as emoções e o pensamento.

Foi criada no início do século XX pelo filósofo e educador austríaco Rudolf Steiner. Em sua carreira acadêmica, Steiner trabalhou com a obra científica de Johann Wolfgang von Goethe, a partir da qual reconheceu e sintetizou o método utilizado em suas pesquisas: a fenomenologia de Goethe (Luz; Wenceslau, 2014). Apesar de ser mais conhecido por sua obra artística, este possui uma vasta produção científica, principalmente nas ciências naturais, como: seus estudos sobre a metamorfose das plantas, contribuição sobre ótica, e a teoria das cores.

O método cognitivo de Goethe é a base para o desenvolvimento dos conhecimentos da Antroposofia. Steiner defendia uma concepção ampliada de ciência, interessada em conhecer os fenômenos em sua integralidade, não apenas em seu aspecto físico. Criticava o empirismo de Bacon por suas limitações materialistas, insuficientes no estudo do que é vivo, ao mesmo tempo, discordava dos racionalistas pelo afastamento da experiência, da observação da realidade. Propõe um idealismo objetivo (Luz; Wenceslau, 2012).

A fenomenologia antroposófica reconhece a indissociabilidade do pesquisador em relação à realidade estudada e privilegia o aspecto relacional na produção do conhecimento.

Preconiza atitudes e habilidades para que o observador inicie sua investigação partindo de uma descrição detalhada dos elementos sensíveis em direção aos supressensíveis. O silêncio interno é requisito básico (Steiner, 2004a)

Após a percepção sensorial exata e detalhada, elevar a percepção para o movimento das formas no tempo, suas transformações plásticas; dando mais um passo para perceber suas qualidades internas e atingindo finalmente uma compreensão sobre sua essência (Steiner, 2004a). Steiner denomina os conhecimentos dos aspectos supressensíveis de: imaginativo (percepção das imagens no tempo); inspirativo (percepção de suas características internas) e intuitivo (percepção espiritual). Por exemplo, por uma pegada na praia é possível conhecer algo do ser que a criou: espécie, é um ser humano?, tamanho, é uma criança?, profundidade e frequência dos passos pode revelar aspectos do estado em que o ser se encontrava, e assim por diante.

O termo espiritual é muito utilizado na antroposofia e expressa a ideia de essência do ser, aspecto indissociável, único, existência primeira. Nesse sentido, a Antroposofia é designada como ciência espiritual (Steiner, 1998). Ciência, por estar fundamentada na epistemologia de Goethe e com descrição clara do método utilizado na produção de seu conhecimento. Espiritual, por buscar um conhecimento profundo da existência a partir de sua expressão material.

Os conhecimentos antroposóficos foram aplicados em diversas áreas do saber como: educação, saúde, agricultura, arquitetura, administração, economia e política. Destas, a Pedagogia Waldorf é a mais difundida, em conjunto com a Medicina Antroposófica e a Agricultura Biodinâmica. A Medicina Antroposófica foi sistematizada por Rudolf Steiner e pela médica Ita Wegman.

No Brasil, a Medicina Antroposófica é reconhecida e incentivada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2005). O documento surge como reflexo nacional do movimento internacional de fomento às chamadas Medicinas Tradicionais e Complementares, termo utilizado pela OMS. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde-PICS é o adotado no Brasil. O objetivo principal destas iniciativas é promover a incorporação destes saberes e práticas nos sistemas de saúde, como resposta à crise vivenciada no setor e na medicina.

Luz (1997) estudou a fundo as PICS e percebeu a coexistência nesta categoria, de sistemas médicos complexos, com práticas diagnósticas e terapêuticas isoladas. Desenvolveu um modelo conceitual para identificá-los que ficou consagrado com o termo: racionalidades médicas. Os critérios para sua definição, são a presença de seis elementos estruturais próprios:

uma cosmovisão, uma doutrina médica, uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico (Luz; Wenceslau, 2014)

A partir desta metodologia foram identificadas cinco racionalidades médicas: a biomedicina, a homeopatia, a medicina chinesa, medicina ayurvédica e a medicina antroposófica (Tesser; Luz, 2008). Essa contribuição é muito relevante ao revelar a existência de várias medicinas com conhecimentos médicos complexos. Ao contrário da percepção de que só há uma medicina e que as outras são terapias alternativas.

## 12.2 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA

O conhecimento sobre o ser humano na Antroposofia se desenvolve em conjunto com o estudo da natureza e do cosmos. O homem apresenta um corpo ou organização física que está sujeita às mesmas leis gerais, às quais estão submetidos os minerais, como a lei da gravidade. No entanto, diferente dos minerais que tendem a decomposição, o ser humano apresenta uma qualidade de vida que o possibilita, por exemplo: crescimento, inclusive num sentido contrário à gravidade; aquecimento; reprodução; e regeneração. Ele apresenta funções vitais, portanto uma organização vital ou que também pode ser observada no reino vegetal (Steiner, 2004b). Não à toa, utilizamos o termo "estado vegetativo" para designar alguém em coma, que mantém suas funções vitais, mas está inconsciente.

Ao subirmos mais um degrau na observação do homem, notamos que além de vida, ele também se movimenta, interage com o meio e experimenta sensações. Ao perceber o meio, ele adquire consciência. Essa organização é chamada de corpo anímico ou astral, existente também nos animais. É o mundo interior próprio, terreno dos sentimentos, instintos, desejos e paixões (Steiner, 2004b).

Por fim, em sua dimensão mais elevada, o homem possui capacidade de autoconsciência. Percebe sua existência como indivíduo. É capaz de utilizar a palavra "eu" para referir-se a si mesmo e tem capacidade de produzir pensamentos próprios. Pode escolher entre seguir os instintos ou criar novas possibilidades de ação. Esta dimensão é nomeada de organização do Eu (Steiner, 2004b).

Somente o corpo físico é percebido pelos sentidos, os outros três membros são suprassensíveis. Por isso, não são vistos diretamente, percebemos suas manifestações. Steiner (2004) chamou o conceito das quatro organizações ou membros de quadrimembração. Ela também se expressa nos quatro elementos que compõem o ser humano e que são veículos para

a manifestação dos membros descritos: terra, água, ar e fogo/calor associados respectivamente ao físico, etérico, astral e ao Eu.

As pessoas não são constituídas por uma proporção igual de cada um deles, desta forma possuem um "tempero" específico de acordo com o elemento que predomina. São os quatro temperamentos: melancólico (terra), fleumático (água), sanguíneo (ar) e colérico (fogo). Por fim, o número quatro também comporta os principais órgãos e estes se relacionam com os corpos e elementos: pulmão(físico/terra), fígado(etérico/água), rim (astral/ar) e coração (eu/fogo) (Steiner, 2021).

Essas organizações interagem de maneiras distintas e com isso produzem qualidades, identificadas em três sistemas com funções específicas: o sistema neurossensorial, sistema rítmico e sistema metabólico-motor. Estes predominam respectivamente, na cabeça, tórax e no abdome/membros. O primeiro desempenha as funções de percepção sensorial externa e interna, apresenta consciência de vigília e é a sede do pensar. O segundo compreende as funções respiratória e cardiocirculatória caracterizadas por uma alternância rítmica entre estados de contração e expansão, onde vive o sentir. O último realiza funções digestivas, reprodutoras, secretivas e de movimento, é a região da volição (Steiner, 2021).

O termo trimembração é utilizado para referir-se a essa estrutura ternária (Steiner, 2004b). Esta abordagem dinâmica do ser humano compreendido em três instâncias, também pode ser feita a partir dos termos corpo, alma e espírito. Em que corpo compreende a dimensão física e etérica, por sua estreita ligação, alma corresponde à organização astral e espírito ao eu.

A saúde é compreendida como um equilíbrio entre os polos neurossensorial e metabólico-motor. O ritmo correto entre as ações de ambos é expresso em harmonia no sistema rítmico. Doença é entendida como um desbalanço na atuação recíproca desses sistemas (Steiner; Wegman, 1979). Não é uma entidade que vem de fora, mas um desequilíbrio que surge dentro. Representa a acentuação de um polo com invasão sobre o outro, produzido pelo excesso ou fraqueza de um dos sistemas.

Steiner e Wegman (1979) apontam que o processo patológico é algo natural por ser produzido dentro do homem que também é parte da natureza. E por ser natural os mesmos processos ocorrem também nos outros reinos<sup>8</sup> (mineral, vegetal e animal). Explicam que a patologia se relaciona com o desgaste gerado pela consciência e vivência espiritual, resultado da ação conjunta do astral e do eu sobre os membros inferiores. Por um lado, há a capacidade de regeneração e manutenção da vida produzida pela ação conjunta do físico com o etérico e

---

<sup>8</sup> Steiner (2004) utiliza o termo reino para se referir ao grupo dos minerais, vegetais, animais e homem.

por outro as forças de consumo para produzir consciência e capacidade de pensar. Basta imaginar que para gerar luz, é preciso riscar o fósforo. Nesse sentido, há sempre forças de vida e de morte atuantes no ser humano.

Devemos ver na essência do estado patológico uma ligação intensa do corpo astral, ou da organização do Eu, com o organismo físico. Essa ligação, porém, é apenas um reforço daquela que está presente de modo mais frouxo no estado de saúde. A interferência normal do corpo astral e da organização do Eu no corpo humano tampouco se aparenta com os processos vitais sadios, e sim com os patológicos. Quando o espírito e a alma estão atuando, eles anulam o ajuste habitual do corpo e o transforma no oposto. Mas, dessa forma, eles levam o organismo por um caminho no qual se quer iniciar o estado patológico. Na vida comum o organismo é regulado por uma autocura no momento em que isso ocorre (Steiner; Wegman, 1979, p. 20).

A quadrimembração e a trimembração são conceitos chaves para o diagnóstico antroposófico. A atuação das quatro organizações pode ser percebida ao exame das manifestações dos quatro elementos: terra, água, ar e fogo/calor. Por exemplo: um indivíduo com pele ressecadas ou edema demonstra debilidade do etérico; a respiração acelerada ou timpanismo aumentado no abdome, indica alterações no astral, enquanto a distribuição de calor no corpo indica a atuação do Eu (Steiner, 2021).

Da mesma forma, os sintomas trazidos pelos pacientes também expressam o estado dos membros: cansaço ou baixa vitalidade, se associa com alterações no etérico; agitação e alterações no humor, a distúrbios no astral e dificuldade de tomar decisões e de sustentar o olhar, a fraqueza do Eu.

Em relação a trimembração, é possível perceber na constipação por exemplo, que há uma invasão do sistema neurossensorial no metabólico, por excesso daquele ou enfraquecimento deste. Contração é uma característica do sistema neurossensorial. É possível tratar intervindo no primeiro ou no segundo, a depender do caso, ou ainda através do fortalecimento do sistema rítmico.

A esses conhecimentos somam-se o estudo das relações dos órgãos com o cosmo, através dos astros e planetas que contribuem não apenas para o entendimento da fisiologia humana, mas principalmente no reconhecimento de possibilidades terapêuticas, como o uso dos metais.

Os medicamentos antroposóficos são provenientes dos reinos mineral, vegetal e animal. Estes são submetidos a preparos específicos para que as substâncias ativem os processos dinâmicos que a geraram. São escolhidos de acordo com a correlação entre o fenômeno patológico e suas correspondências no mundo natural. Os medicamentos convencionais também são utilizados quando necessário.

Além disso, há um campo vasto de medidas não medicamentosas desenvolvidas, como: terapia artística, terapias externas, práticas meditativas e retrospectivas, euritmia, terapias pedagógicas e aconselhamento biográfico (Wenceslau; Rohr; Tesser, 2014). As terapias externas são tratamentos realizados pela pele, como massagens rítmicas, deslizamentos, enfaixamentos, escalda-pés e compressas com o uso de óleos, chás e outros recursos.

O estudo das Leis Gerais do Desenvolvimento Humano permite a abordagem da biografia da pessoa e seus diferentes ciclos de sete anos. Dessa forma, é possível abordar as narrativas pessoais e contextualizá-las com os desafios próprios da fase da vida em que o indivíduo se encontra. Nas palavras de Burkhard (2000):

Na biografia humana existem leis gerais do desenvolvimento para cada fase da vida, e durante o trabalho biográfico cada um identifica, em sua vida, elementos semelhantes aos de outras pessoas da mesma idade ou fase, mesmo aqueles tão peculiares e que têm a ver com o destino de cada um. Saber discernir o que é próprio da idade e o que é o seu, bem individual, assim como o que é repetitivo, é importante para o autoconhecimento. Os acontecimentos individuais muitas vezes têm de ser trabalhados, digeridos. Nos acontecimentos comuns ou gerais, temos situações passageiras, iguais às de muitas pessoas das quais sabemos que, passando aquela fase da vida, melhoram por si. Isto nos consola e nos faz sentir participantes de uma mesma época ou geração (Burkhard, 2000, p. 20).

A Medicina Antroposófica apresenta algumas fragilidades. Primeiro porque se trata de conhecimento pouco difundido e pesquisado, mas principalmente pelo preço das medicações e a existência de poucas farmácias que trabalham com a farmacotécnica antroposófica. Atualmente surgiu uma farmácia social em São Paulo que tem dispensado medicações com descontos que chegam a gratuidade de acordo com a renda. Ainda assim, é necessário mais iniciativas para atender a esse problema. Também há o caso de São João Del Rey, em que por iniciativa local do Centro de Referência em Medicina Antroposófica iniciaram o impulso de uma farmácia antroposófica pelo SUS ligada ao serviço.

Outra questão, é o foco no papel do médico em detrimento dos outros profissionais de saúde. Apesar de existirem as terapias que podem ser realizadas pelas outras categorias, há uma ênfase na abordagem médica e poucas experiências de serviços com trabalho em equipe multiprofissional. Uma exceção é a Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo, onde existe um ambulatório em Medicina Antroposófica no qual o cuidado é feito em conjunto entre médicos, enfermeiros, terapeutas artísticos e aconselhadores biográficos.

### 12.3 MFC E MEDICINA ANTROPOSÓFICA: SABERES SINÉRGICOS

Para realizar os estágios práticos da formação em Medicina Antroposófica, tive a oportunidade de acompanhar médicos de diferentes especialidades, inclusive Médicos de Família e Comunidade. É impressionante o poderoso encaixe que essas disciplinas produzem por suas afinidades e complementaridade. Vou detalhar essa questão mais a frente. Antes quero trazer alguns exemplos práticos em que é possível ilustrar algumas contribuições.

#### **O Sono**

Os problemas de sono são muito prevalentes na prática do MFC e parecem gerar outro problema: a dependência de benzodiazepínicos e outros hipnóticos. Essas medicações possuem efeitos colaterais preocupantes. A compreensão do sono proporcionada pela antroposofia contribui muito nessa abordagem. O ciclo sono-vigília ocorre a partir das mudanças de relação entre o físico-etérico e o anímico-espiritual. No período acordado, há atividade deste último em todo o corpo, já durante o sono há um desligamento temporário da sua atividade no polo neurossensorial, o que justifica o poder regenerativo do sono (Steiner, 1998).

Os distúrbios do sono podem ser provocados por várias situações: excesso de atividade neurossensorial, como o uso de telas e excesso de pensamentos; excesso de atividade metabólica, ao jantar perto de dormir, o que aumenta a ligação do astral e do Eu nesse polo, com refluxo para o neurossensorial; e perda do ritmo, não ter horários para dormir e acordar ou trocar o dia pela noite. Além da insônia, aumento da sudorese ao dormir, bruxismo, pernas inquietas e despertares noturnos para urinar também são um reflexo em diferentes graus, da dificuldade de "soltura" dos membros anímico-espiritual nesse período.

Outro ponto é que para haver esse desligamento à noite, é importante haver uma ligação eficiente durante o dia. Algumas pessoas passam o dia como se estivessem dormindo, pouco conscientes. Esse problema é comum em idosos que passam o dia todo em casa, sentados, vendo televisão. Eles nunca propriamente acordam, então é difícil pegar no sono à noite. O sono interrompido para urinar muitas vezes não é causado por doenças da bexiga, próstata ou quantidade de água que se bebe. Essa vontade tem relação com o corpo astral atuante na bexiga. O indivíduo que acorda espontaneamente às 3h da manhã, pode ter alguma disfunção hepática, já que o período ativo do fígado se encerra nessa hora para dar início ao predomínio da ação da vesícula biliar (Steiner, 2021).

Dormir é um exercício de confiança na capacidade de acordar. No sono, retornamos por algum tempo ao mundo anímico-espiritual e vivenciamos imagens registradas em nosso inconsciente (Steiner, 1998). Pessoas com comportamentos controladores, excessivamente vigilantes, que vivem apenas se debruçando em tarefas da vida concretas ou que têm medo de morrer podem desenvolver distúrbios do sono.

Outro dia, ao atender um paciente de meia idade com insônia, eu disse:

- *Dormir é conseguir se entregar e voltar para o útero materno.*

*Ele responde:*

- *Nunca tinha pensado assim, faz sentido. Mas não lembro como é lá, vai que eu não volte?*

Combinamos na consulta, além da medicação, que ele buscasse alguma atividade artística de interesse e que observasse sua capacidade de confiança e entrega no dia a dia. Ele tinha o sistema neurossensorial predominante e um perfil muito materialista. É importante entender de forma ampliada o ciclo sono-vigília e seus significados para a vida humana, mais complexos do que simplesmente algum desajuste químico. Em relação às medicações antroposóficas, elas atuam nesses processos de liga-desliga da organização anímico-espiritual e são selecionadas de acordo com os distúrbios apresentados. Muitas vezes é necessário também ajudar a acordar pela manhã e tratar alguma outra condição agravante, como a ansiedade.

Em menos de um ano que comecei a atuar com esses conhecimentos proporcionados pela antroposofia, já tive ótimas experiências de desprescrição de benzodiazepínicos e outros hipnóticos.

## **Diabetes Mellitus**

Outro exemplo, é o cuidado com os pacientes diabéticos. Segundo a Medicina Antroposófica, o pâncreas é uma glândula responsável pela atuação do Eu no metabolismo. É um instrumento de encarnação do Eu no polo inferior. Vivências traumáticas podem produzir um afastamento do Eu, que já enfraquecido, não consegue digerir a experiência. É comum observar o início do quadro de diabetes, tanto tipo 1, quanto tipo 2, após algum trauma ou situação estressora.

A fraqueza do Eu no metabolismo também pode ocorrer por problemas no desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo, refletidas nas suas dificuldades de expressar suas vontades, colocar limites e tomar decisões por conta própria. Dificuldade de tomar as



rédeas da própria vida. O predomínio de atividades neurossensoriais em detrimento do movimento, associados ao estilo de vida moderno com sedentarismo e sobrecarga de pensamentos, também atuam nesse sentido.

A atuação do Eu também pode estar debilitada por desgaste no etérico gerado por uma rotina extenuante em que há cansaço e fadiga. Da mesma forma, por alterações do astral, seja por diminuição de sua atuação, no caso de pessoas "adormecidas" ou por atuação excessiva, nos casos de ansiedade. Nessas situações, é necessário tratar primeiro essas condições, já que a atuação do Eu se dá por intermédio dos membros inferiores.

As ações terapêuticas precisam ser específicas para cada caso. Fica fácil perceber a amplitude que ganha a abordagem da diabetes quando se conhece essa dinâmica entre os corpos. Tratar a diabetes apenas com hipoglicemiantes, insulina e uma explicação rápida sobre mudança de estilo de vida é uma abordagem superficial e que muitas vezes contribui como fator de manutenção do adoecimento. A abordagem convencional é eficiente no controle glicêmico e redução das lesões de órgão-alvo, mas não atua nas causas e pode promover dependência das medicações para o resto da vida. Mais ainda, não contribui para gerar consciência sobre os fatores envolvidos na produção da patologia.

As medicações antroposóficas podem ser prescritas sozinhas ou em atuação sinérgica com as medicações convencionais no tratamento da diabetes. É preciso construir esse caminho de "descida" do Eu, tanto na escolha das medicações, quanto nos questionamentos, orientações e pactuações feitas com o paciente. O esclarecimento sobre a importância de manter o calor no corpo, perceber locais frios e indicar uso de óleos vegetais e escalda-pés para aquecimento, também contribuem no cuidado. Os óleos etéricos vegetais não só hidratam, como aquecem, e portanto auxiliam a atividade do Eu.

## **Depressão**

As síndromes depressivas isoladas ou associadas a sintomas ansiosos são um desafio para a saúde no mundo inteiro. Seus significados não se esgotam no indivíduo mas apontam para os modos de viver e de se relacionar da pós-modernidade. No dia a dia do médico de família nos deparamos com esse problema o tempo todo. O conhecimento antroposófico enxerga a depressão essencialmente como um distúrbio da vontade. A falta de ânimo e a apatia são resultantes da percepção de impotência do indivíduo diante do mundo, justamente porque sua volição, sua capacidade de agir, está reduzida. O fígado é o principal órgão do metabolismo

e sua atividade regular, acoplada às funções da vesícula biliar, reflete em força de vontade, vida volitiva saudável.

Um aspecto importante é que a Medicina Antroposófica reconhece que todos os transtornos mentais são também orgânicos. São distúrbios nos órgãos que não chegam a se manifestar integralmente no organismo físico e portanto refluem para o anímico. As vivências traumáticas não digeridas percebidas pelo organismo astral, são transmitidas para o etérico, produzindo perturbações nas forças plasmadoras dos órgãos. De acordo com as formas da depressão podem haver outros órgãos associados, como por exemplo, os rins, nos casos em que há fobias intensas.

Este olhar amplia a visão de que os transtornos depressivos são provocados por desequilíbrios de neurotransmissores no cérebro. Permite que se compreenda os efeitos que a alimentação, o uso de álcool e medicamentos tem sobre a depressão, por sua atuação hepática, bem como um cenário de vida em que haja impedimentos para a expressão da vontade. Recentemente atendi um casal de judeus que tratam depressão e refleti sobre a relação entre as regras religiosas rígidas e a condição depressiva.

O conhecimento das leis gerais do desenvolvimento também ajudam muito a situar os problemas de saúde no contexto biográfico da pessoa.

Uma paciente de 21 anos queixava-se de tristeza, desânimo, choro frequente e sono excessivo nos últimos meses. Relatava ainda insatisfações com comportamentos de familiares e colegas de trabalho que antes não a incomodavam tanto. Neste caso, saber que aos 21 anos ocorre uma crise biográfica, ajudou no tratamento do episódio depressivo. Aos 21 anos, a organização do Eu nasce e começa a sobrepor os instintos e impulsividade da organização astral, dominante até então. Não à toa, em muitos países do mundo, essa é a idade em que se atinge a maioridade.

O eu quer aparecer, quer brilhar e irradiar; mas é claro que sofre uma porção de ameaças e, para poder posicionar-se, utiliza-se dos papéis sociais, aqueles que a vida exige de nós, como por exemplo o de boa filha ou bom filho, de boa esposa ou marido, de excelente profissional, ou de já ser mãe ou pai. Esses papéis todos podem antepor-se à verdadeira personalidade como máscaras superpostas, e o eu pode desaparecer atrás delas, como que sufocado (Burkhard, 2000, p. 90).

Tendo isto em mente, foi possível conversar sobre alguns desafios dessa fase e trabalhar a terapia medicamentosa levando em conta essas particularidades.

Esses casos demonstram a profundidade do conhecimento antroposófico. Segundo esta racionalidade, não faz sentido generalizar os processos patológicos e terapêuticos. Ainda que se utilize do sistema classificatório de doenças para nomear um distúrbio, ele é causado e se

apresenta de maneira singular em cada pessoa. Desta forma, é fundamental conhecer sua constituição e compreender a dinâmica de suas organizações suprassensíveis durante a avaliação clínica. O tratamento também é individualizado. Dois pacientes diabéticos podem ser tratados de maneira distintas.

Além dos conhecimentos sobre o fenômeno patológico, a concepção integrativa do homem também possibilita noções ampliadas sobre a vida, o desenvolvimento humano e o sono, por exemplo. Vieira (2018) afirma que para a Medicina Antroposófica:

(...)a doença pode ser compreendida como um sintoma de uma enfermidade muito mais essencial: um esquecimento de si. O doente seria o autor de sua doença, buscando, através dela, o restabelecimento do equilíbrio físico, psíquico e espiritual (Vieira, 2018).

Diante do exposto, é possível perceber o potencial sinérgico entre esses saberes e os da Medicina de Família e Comunidade. Durante os atendimentos da formação em Medicina Antroposófica, acompanhei especialistas focais, clínicos gerais e Médicos de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, São João Del Rey, São Paulo e Campinas.

Pude identificar como a comunicação clínica, o método clínico centrado na pessoa, a formação generalista, a relação médico-pessoa, a habilidade de trabalhar em equipe, a abordagem familiar e contextual, competência cultural, educação em saúde, a noção de território e o entendimento sobre o sistema de saúde são preciosidades do Médico de Família e Comunidade que potencializam a abordagem antroposófica.

Um exemplo disso, foi a experiência de São João Del Rey, onde acompanhei um Serviço de Referência em Medicina Antroposófica do SUS. O mfc, também médico antroposófico, responsável pelo serviço, não só realiza consultas ampliadas pela Antroposofia, como também treinou enfermeiras, técnicas e agentes comunitários em saúde para realizar terapias externas, como deslizamentos rítmicos e aplicação de emplastos de argila. Desenvolveu a argila a partir do conhecimento do território, de onde a extrai, com a articulação da população. Utilizou abordagem comunitária para construir uma farmácia viva e promover autonomia dos usuários. Atualmente, mantém um grupo em saúde com pacientes psicóticos utilizando contos de fada para contribuir na reorganização psíquica destes.

A MFC tem um campo de saber que lhe é próprio e que pode contribuir muito para a Medicina. Pude, agora como observadora, vivenciar na prática a afirmação de McWhinney.

Recordo do atendimento de uma adolescente gestante de aproximadamente 20 semanas acompanhada de sua sogra. Era uma consulta em um serviço ambulatorial de Medicina

Antroposófica. A médica com formação em clínica médica, desde o início, demonstrou desconforto pelo fato dela ser gestante, mas manteve o atendimento.

A queixa era falta de ar e aperto no peito que já vinha há algum tempo e piorou naquele dia. Relatava já ter ido algumas vezes a emergência devido aos sintomas, onde foi avaliada e dispensada com a orientação de procurar consulta com o obstetra. Foram descartadas urgências. Fazia o pré-natal neste mesmo ambulatório e foi sugerido que passasse por essa consulta ampliada também.

Na consulta, após algum tempo de conversa e anamnese, a médica realiza ausculta e de pronto levanta a hipótese de cardiopatia gestacional. Fico confusa e me mexo na cadeira imaginando como ela tinha chegado a essa suspeita. Ela, notando minha inquietação, explica que a dispneia estava acentuada e que ouviu crepitações em bases pulmonares em ambos os lados. Informa em seguida a paciente e a acompanhante que elas precisam ir novamente a emergência.

A gestante e a sogra relutam com a ideia de retornar a emergência mais uma vez, a médica então afirma se tratar de um problema sério que traria risco para mãe e para o bebê. Reforça ainda que ela precisa ser vista por um obstetra e que o médico da urgência pode não ter visto porque não sabe atender gestante. Faz uma cartinha pra urgência, sugerindo a realização de ecocardiograma e esclarecendo a suspeita. Libera as duas.

Ao fim da consulta, registro em meu diário de campo:

- Por que ela não pediu para conversar com a gestante sozinha?
- Por que não perguntou suas impressões sobre seus sintomas?
- Por que não compartilhou a decisão sobre o plano terapêutico?
- A especialidade de base do médico antroposófico guia e influencia o olhar. A maioria das especialidades, notadamente a clínica médica, tem formação hospitalocêntrica e um viés de diagnóstico para doenças graves e pouco prevalentes.
- A abordagem da experiência da doença, das relações e do contexto é uma expertise do Médico de Família e Comunidade.
- A reflexão sobre as possibilidades iatrogênicas das condutas médicas não é um tema frequente nas outras especialidades médicas.
- A formação generalista e em serviços de cuidados primários do MFC oferece segurança para atender qualquer pessoa.

No final da semana de estágio, pergunto notícias da gestante a outra funcionária do ambulatório e descubro que ela tinha um histórico de ansiedade e saído de casa desde a gravidez.

Havia relato de abuso pelo pai e estava morando na casa do namorado com os pais deles e irmãos homens. A sogra era a única mulher da casa e desde a mudança não desgrudava dela. A cardiopatia gestacional havia sido excluída.

A Medicina Antroposófica é alinhada à filosofia da MFC sistematizada por McWhinney. É um paradigma holístico que privilegia a realidade em relação à teoria, tanto em seu método de pesquisa quanto na forma de conceber e abordar os problemas de saúde. Também descreve a constituição humana como multidimensional e explica como essas instâncias se comportam na produção de saúde e doença. Supre as lacunas do paradigma organísmico no sentido de descrever os mecanismos de adoecimento a partir do desequilíbrio entre suas organizações. Avança em apontar novas opções medicamentosas e terapias fundamentadas nessa concepção. O quadro 2 destaca alguns potenciais sinérgicos entre os campos.

Quadro 3: Potenciais Sinérgicos entre a MFC e a Medicina Antroposófica

Medicina de Família e Comunidade	Medicina Antroposófica
Generalista	Conhecimento Holístico
Dimensão Familiar e Comunitária	Constituição Humana Ampliada
Experiência do Adoecimento	Processos de Saúde-Doença
Habilidade de Comunicação	Doença como Crise para o Desenvolvimento
Promoção de saúde	Medidas Salutares e Terapias Externas
Abordagem de ciclos de vida	Biografia Humana
Longitudinalidade	Promoção de Consciência de Si

Fonte: Próprio autor, 2023.

Enquanto estudava o paradigma organísmico de McWhinney tinha a impressão que ele conhecia a Antroposofia ou outras racionalidades médicas, tamanha afinidade entre os pensamentos. A Antroposofia corrobora com a importância de focar na experiência de adoecimento e também afirma o poder de cura da relação médico-paciente defendida por McWhinney.

É importante que o médico tenha plena consciência do significado do momento de encontro com o paciente, por ocasião de cada consulta e sobretudo da primeira. Na realidade, acontece algo grandioso e único: um ser humano procura outro para pedir conselho e ajuda. O paciente está pronto a confiar de antemão no médico, quando normalmente na vida a confiança é algo que só se instala após longa experiência e

conhecimento do outro, despertam em sua alma forças da infância; ele tenta, de certo modo, recomeçar mais uma vez sua vida, com as forças que possuía quando criança. Ora, estas são forças do crescimento e da cura, com as quais o médico deveria agir concretamente. De certo modo trata-se de recuperar uma situação que ficará abandonada ou interrompida. A situação incomum em que se encontra o médico diante do paciente obriga aquele ao máximo respeito por este, mesmo em caso do paciente revelar fatos capazes de incriminá-lo aos olhos de muita gente. Aí reside a justificação profunda do segredo profissional médico. O doente transmite fatos íntimos ao médico que, para ele, nesse momento, e mesmo que ele disso não tenha plena consciência, é algo mais do que apenas um ser humano. Ele representa uma profissão cuja origem em todas as culturas têm caráter religioso (Wolff, 1984, p. 302).

Segundo Wenceslau, Röhr e Tesser (2014), a Medicina Antroposófica tem potencial para questionar fundamentos epistemológicos e éticos da biomedicina. Na graduação, pode contribuir "para uma formação médica mais plural, dialógica e polifônica, por isso, mais humana" (WENCESLAU; RÖHR; TESSER, 2014, p. 134). Vieira (2018) demonstrou o potencial da Medicina Antroposófica como uma alternativa à medicalização nos casos de saúde mental. Apresentou uma série de casos em que a abordagem antroposófica foi eficiente para reduzir o uso excessivo de psicotrópicos, resgatar a autonomia dos pacientes e produzir saúde.

Por fim, ambas as práticas buscam cuidar de forma integral e se baseiam numa visão do homem que resgata sua complexidade, individualidade e porque não dizer: sua humanidade. Para o Médico de Família e Comunidade, a Medicina Antroposófica representa um caminho para completar sua tarefa de transcender o paradigma biomédico e fortalecer o cuidado integral.

### **13 10 CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA ANTROPOSÓFICA PARA O CUIDADO INTEGRAL**

- 1- Conhecimento do homem e da vida em sua complexidade.
- 2- Compreensão ampliada dos fenômenos de saúde-doença.
- 3- Incentivo a autoconsciência e desenvolvimento ético, moral, afetivo e espiritual do médico.
- 4- Diminuição da medicalização.
- 5- Ampliação dos recursos terapêuticos.
- 6- Colaboração com as forças de cura do indivíduo através de medicamentos e terapias.
- 7- Fomento de autonomia.
- 8- Interpretação da doença como crise que possibilita desenvolvimento.
- 9- Promoção de consciência de si e de liberdade.
- 10-Dar sentido à vida e à existência.

## 14 EPÍLOGO

Há menos de quinze dias acreditava estar submetida a um trabalho de parto prematuro. A ideia já estava concebida, mas a forma não. Tinha cadernos escritos, diversos arquivos no word, fichamentos, "post-its", marcações e rabiscos nos livros, mas menos da metade desse texto redigido. O que estava na cabeça quando escolhi investigar os sentidos da trajetória enquanto a vivia? Como lidar com as reviravoltas internas, frutos do caminho, e escrutinar a alma mais um pouco, pedindo-a que revele seus segredos ao intelecto? Amadurecer leva tempo e a perspectiva distante do olho, pode ajudar a ver a imagem inteira e menos embaçada. Talvez não esteja pronta: esta gestação foi impulsiva!

Bloqueio. Até que encontro Belchior :

Eu não estou interessado em nenhuma teoria  
 Nem nessas coisas do oriente, romances astrais  
 A minha alucinação é suportar o dia a dia  
 E meu delírio é a experiência com coisas reais  
 Mas eu não estou interessado em nenhuma teoria  
 Em nenhuma fantasia nem no algo mais  
 Longe o profeta do terror que a laranja mecânica anuncia  
 Amar e mudar as coisas me interessa mais (Belchior, 1976)

A palavra coragem começa a rodar na minha cabeça e vou à livraria travessa em busca de inspirações. Encontro. Um livro sobre coragem que devoro em um dia. Aprendo que coragem é abrir mão de agradar por acreditar na contribuição do que se diz ou se faz. É saltar na incerteza pela certeza de que o salto tem alma. Muitas emoções, música alta de Belchior nos fones de ouvido.

Eu não busco responder às perguntas enquanto caminho, foram as perguntas que abriram o caminho. Seguir o caminho, requer abrir mão de outros. Saí do emprego dos sonhos, terminei relacionamento, mudei de casa, mudei de ideia, mudei de trabalho de novo, resolvi estagiar fora do Rio, me distanciei de pessoas queridas. O caminho de busca pela médica da alma passa pelos picos e vales da minha própria alma. Entendo, aceito. Lembro da máxima hermética: "O que está dentro é como o que está fora".

Descubro a biomedicina em mim. A dúvida e o medo de ser o próprio sujeito-objeto de pesquisa clamam por ordem, por um mapa, uma receita pronta na forma de capítulos. Como revelar um coletivo olhando o indivíduo? Como produzir abstrações sem um tábua classificatória de referência que me conta o que procurar e ver no singular?

Algumas respostas: desapegando das abstrações, dos mapas, e mergulhando na complexidade da experiência, do território. Privilegiando o sentir que ilumina os sentidos próprios e os extraídos das trocas e diálogos com os outros, no passado e agora. Sentidos que



confluem ou refutam com as ideias e visão de mundo dos que escreveram sobre isso nos textos e artigos, que ajudam a perceber em qual direção se caminha, de como suas ideias ajudam a construir determinada compreensão da vida.

Confia na experiência e ilumina as dores e dúvidas surgidas de embates reais, concretos e/ou subjetivos, mas singulares, de quem ocupa esse papel de Médica. Médica de Família e Comunidade. O que vivencia esses sujeitos, os mfcs, quando se movem em seu cotidiano? Onde surgem atritos e faíscas? O que pode ser criado por eles quando em sua jornada encontram fluxo livre por onde jorra vida?

Esta investigação revela que a Medicina de Família e Comunidade é jovem, principalmente em sua origem brasileira. E por isso encontra os dilemas da juventude: o desejo de trazer um novo impulso ao mundo, uma transformação de velhas estruturas e ao mesmo tempo o desejo de ser aceita, de pertencer e ser reconhecida.

Embora busque se libertar do pai biomédico castrador que apresenta e defende as regras do jogo, também busca sua admiração e com isso aceita o controle. Por outro lado, por amor e respeito à mãe, representada pelo trabalho na atenção primária à saúde do SUS, sujeita-se a condições sufocantes que podem levar à resignação ou ao abandono de si. Longe de defender a negação e ruptura completa com pai e mãe, acredito que para se ter vida própria é necessário ser fiel às próprias metáforas e entregar sua contribuição única ao mundo.

A visão de mundo que funda a Medicina de Família e Comunidade, segundo McWhinney, coloca a vida no centro e a comunidade como fim. Por isso, resgata a complexidade do ser humano e o tema do equilíbrio e harmonia, em todas as suas dimensões, como a baliza que delimita o terreno da saúde e da doença. É a defesa de um modo de viver muito diferente do que organiza a sociedade agora. O mundo apenas como matéria, interagindo em engrenagens mecânicas e reações químicas, coloca a máquina e substância no centro e a produção como fim. A pessoa é humana na medida em que se relaciona ao valor da produção e sempre máquina porque parte de uma engrenagem.

É difícil se definir em termos de relação num cenário em que mais se valoriza as relações de consumo. Os serviços e procedimentos que podem se transformar em produto.

O caminho de amadurecimento da Medicina de Família e Comunidade passa por retomar os seus fundamentos filosóficos e avançar na sua compreensão dos fenômenos saúde-doença. A Medicina Antroposófica contribui para ampliar a visão desses processos e oferece uma riqueza de possibilidades terapêuticas que fortalece o cuidado integral. Mais do que isso, a cosmologia Antroposófica aprofunda de maneira intrigante e corajosa, a perspectiva que destaca a vida como centro e principal valor da sociedade.

Neste campo, o corpo se relaciona com a terra, a vida com o cosmos, a subjetividade com os astros e o espírito com o todo. Da mesma forma que o homem se relaciona com os minerais, vegetais e animais. Tudo está junto e tudo contém tudo. O macrocosmo pode ser reconhecido no microcosmo. Ao estudar o homem, o "antropo", é possível se alcançar sabedoria sobre o cosmos, e vice-versa. Essa visão de mundo, não objetiva promover um conhecimento místico-religioso. Nem o abandono da razão em prol do desenvolvimento de habilidades "sensitivas", facilmente induzidas ao erro e que dizem mais sobre quem diz do que sobre o que se pretende dizer.

O objetivo da Antroposofia é reencantar o mundo. É utilizar a razão disciplinada, que parte do chão firme da matéria para se alcançar a essência espiritual das coisas e do homem. Alcançar a ideia viva por trás da sombra morta das coisas. Alcançar a vida atrás do corpo, a alma que permeia a vida e o espírito que rege a alma e faz o ser humano ser único.

A porosidade aos conhecimentos da Medicina Antroposófica e a visão de mundo da Antroposofia, pode ajudar o Médico de Família e Comunidade na sua missão de ser diferente, de transcender a biomedicina e de privilegiar a vida e as relações humanas nos cuidados em saúde.

Para mim, o sentido de ser médica, Médica de Família e Comunidade, é ser mediadora não só entre estados adoecidos e saudáveis das pessoas sob meus cuidados, mas também entre um mundo que adoece e outro que faz florescer. É ser ponte, caminho, entre um estado adormecido e outro consciente. É mergulhar para dentro de si, para abrir espaço para o outro.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, H. S. de *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, p. e280311, 20 dez. 2018.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- BARBUI, C. The WHO World Mental Health Report 2022: a new standard of care is emerging. **Molecular Psychiatry**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 4–5, jan. 2023.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 11, p. 67–84, jul. 2002.
- BRASIL, M. da S. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. p. 91, 2005.
- BURKHARD, G. K. **Tomar a vida nas próprias mãos: como trabalhar na própria biografia o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento humano**. 2. ed. São Paulo: Antroposófica, 2000.
- CAMARGO JR., K. R.; DE, K. R. A biomedicina. **Physis (Rio J.)**, [S. l.], , p. 177–201, 2005.
- CAMPOS, G. W. D. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 983–995, dez. 2014.
- CASTELLS, M. A. **Estudo dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Rio de Janeiro: a questão da preceptoria**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3783>. Acesso em: 16 ago. 2023.
- COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, p. e00170917, 10 jan. 2019.
- FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, p. e170920, 16 maio 2019.
- FOUCAULT, M. crise da medicina ou crise da antimedicina. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, [S. l.], n. 18, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017.
- GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. de. A subjetividade como

anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, p. 1093–1103, dez. 2006.

GUSSO, G.; LOPES, J. M.; LÊDA, C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

LEAL, D.; MASSIMI, M. ALFRED ADLER (1870-1937): Uma breve biografia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 796–814, maio 2017.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 7, p. 13–43, jun. 1997.

LUZ, M. T. **Natural, racional e social**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antroposófica como racionalidade médica. *In*: AFONSO, V. W. (org.). **A medicina antroposófica como racionalidade médica e prática integral do cuidado: estudo teórico-analítico e empírico**. Juiz de Fora: UFJF, 2014. p. 73–100.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. Goethe, Steiner e o nascimento da arte de curar antroposófica no início do século xx. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [S. l.], n. 98, p. 85–102, 1 set. 2012.

MACHADO, L. C. T. **Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47605>. Acesso em: 16 ago. 2023.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US. **BMJ**, [S. l.], , p. i2139, 3 maio 2016.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. de A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. ág. 203-211, 25 set. 2013.

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. *In*: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 43–68.

MCWHINNEY. Why we need a new clinical method. **Scandinavian journal of primary health care**, [S. l.], v. 11, n. 1, mar. 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8484077/>. Acesso em: 8 nov. 2023.

MCWHINNEY, I. R. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. **The British Journal of General Practice**, [S. l.], v. 46, n. 408, p. 433, jul. 1996.

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, p. 137–144, 19 jun. 2020.

- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria e método, criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 24, p. 165–179, mar. 2015.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, p. e190036, 2 set. 2019.
- OLIVEIRA JUNIOR, J. B. de *et al.* As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 45, p. 42–53, 24 maio 2021.
- OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, [S. l.], v. 38, p. 229–242, mar. 2012.
- PAIM, J. S. Medicina comunitaria: Introducción a un análisis crítico. **Salud Colectiva**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 121–126, 4 abr. 2009.
- PAIVA, R. C. Contando histórias para pesquisar: autoetnografia e implicações para o estudo de ensino-aprendizagem de línguas. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 7, n. 15, p. 326–355, 23 dez. 2019.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓCIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018.
- SÁ, A. de O. e. **A nova gestão pública na saúde no município do Rio de Janeiro compreendida a partir do vínculo de trabalho**. 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/18021>. Acesso em: 23 ago. 2023.
- SANTOS, S. M. A. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 214–241, 30 jun. 2017.
- SCHARAIBER, L. B. **O Médico e Suas Interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, p. 1327–1338, maio 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** BRASÍLIA: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEINER, R. **A ciência oculta: esboço de uma cosmovisão supra-sensorial.** 4. ed. São Paulo: Antroposófica, 1998.

STEINER, R. **Ciência espiritual e medicina.** São Paulo: João de Barro, 2021.

STEINER, R. **O método cognitivo de Goethe: linhas básicas para uma gnosiologia da cosmovisão goethiana.** 2. ed. São Paulo: Antroposófica, 2004a.

STEINER, R. **Poemas, pensamentos: reflexões para o nosso tempo. Poemas, pensamentos: reflexões para o nosso tempo.** 5. ed. São Paulo: Antroposófica, 2012.

STEINER, R. **Teosofia: introdução ao conhecimento supra-sensível do mundo e do destino humano.** São Paulo: Antroposófica, 2004b(, 7).

STEINER, R.; WEGMAN, I. **Elementos fundamentais para uma ampliação da arte de curar.** São Paulo: Associação Beneficente Tobias, 1979.

TESSER, C. D. Duas críticas às normativas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 20, p. e00118168, 2022.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 195–206, fev. 2008.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo às práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In*: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2017.

VIEIRA, P. M. de O. **Medicina antroposófica uma alternativa desmedicalizante para o sofrimento humano.** 2018. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São João del Rei, São João del-Rei, 2018.

WENCESLAU, L. D.; RÖHR, F.; TESSER, C. D. Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 18, n. 48, p. 127–138, 2014.

WOLFF, O. **A imagem do homem como base da arte médica.** São Paulo: Associação Beneficente Tobias, 1984. v. II.