

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior

**Médicos Cubanos e Usuários do Sistema Único de Saúde:
Análise da Produção de Vínculos a partir do Programa “Mais
Médicos”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para a obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas. Área de Concentração: Condição Humana na Modernidade. Linha de Pesquisa: Evolução das Ciências da Vida e da Saúde.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Verdi
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Grisotti

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Garcia Júnior, Carlos Alberto Severo
Médicos Cubanos e Usuários do Sistema Único de Saúde :
Análise da Produção de Vínculos a partir do Programa "Mais
Médicos" / Carlos Alberto Severo Garcia Júnior ;
orientadora, Marta Verdi ; coorientadora, Marcia
Grisotti. - Florianópolis, SC, 2016.
334 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Inclui referências

1. Ciências Humanas. 2. Produção de Vínculo. 3. Relação
Médico-Usuário. 4. Programa Mais Médicos. 5. Atenção
Primária à Saúde. I. Verdi, Marta. II. Grisotti, Marcia.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV.
Título.

CARLOS ALBERTO SEVERO GARCIA JÚNIOR

Médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde: análise da produção de vínculos a partir do Programa Mais Médicos

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de *Doutor(a) em Ciências Humanas* e aprovada, em sua forma final, no dia 9 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado.

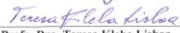
Florianópolis, 9 de dezembro de 2016.



Prof.ª. Dra. **Marta Inez Machado Verdi** (orientador(a))




Prof.ª. Dra. **Márcia Grisotti** (coorientador(a))




Prof.ª. Dra. **Teresa Kleba Lisboa**
Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas


Banca Examinadora:




Prof.ª. Dra. **Marta Inez Machado Verdi** (orientador(a)) - UFSC



Prof. Dr. **Marco José de Oliveira Duarte** (membro externo) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)



Prof. Dr. **Paulo Poli Neto** (membro externo) - Universidade Federal do Paraná (UFPR)



Prof. Dr. **Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo** (membro externo) - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)



Prof. Dr. **Selvino José Assmann** (membro interno) - UFSC



Prof. Dr. **Marco Aurélio da Ros** (membro interno) - UFSC

À Paula e à Maria Luiza,
minhas palavras-chave.

Agradecimentos

Aprendo a cada dia a conviver com as incertezas, com o inacabado, com aquilo que ainda está sendo construído. Esse trajeto é um paciente trabalho de um navegante que um pé depois do outro gira na própria escuridão. Aliás, não estou só, na verdade, estou com muitos ao lado. Por isso, de antemão, é muito importante agradecer a todos que de alguma forma interferiram neste aprendizado, celebrar e transportar aqueles que compartilharam esse percurso. Esses vários “nós” devem ser nomeados. Por isso, muito obrigado:

À Paula Thaís Ávila do Nascimento, minha companheira amada, que alimentou e segue alimentando discussões e debates sobre o SUS, pelo apoio, incentivo, amor e carinho;

À minha família, pela torcida e aposta, sempre;

À minha irmã Michelle Nóbrega Garcia, pela incansável colaboração nas correções do texto;

À Profa. Marta Inês Machado Verdi, minha orientadora, que abriu os braços e me acolheu;

À Profa. Márcia Grisotti, minha coorientadora, por aceitar o convite para contribuir com essa pesquisa;

Ao Prof. Carlos Rivorêdo, meu amigo Carlão, pela leitura atenta, as valiosas sugestões, o gesto e a generosidade da amizade, sobretudo, por acreditar em mim e ajudar intensamente na produção desta tese;

Ao Prof. Angel Martinez Hernández, que abriu meus os olhos sobre possibilidade em pesquisar sobre os médicos recém-chegados no Brasil, ainda em 2013, durante uma roda de acolhimento aos cubanos em Santa Catarina;

Aos Professores Marco Aurélio da Ros e Selvino José Assmann, pela disponibilidade em compartilhar seus pontos de vista sobre essa pesquisa e o respeito e admiração que guardo por ambos;

Ao Prof. Marco José Oliveira Duarte, pela amizade, carinho e importância de sua presença em minha vida, mais uma vez num momento marcante de minha trajetória;

Ao Prof. Paulo Poli Neto, pelo incentivo em ingressar no Programa de Pós-Graduação e por dividir seus conhecimentos nesta produção;

Ao Prof. Jeferson Rodrigues, amigo de coração, pela colaboração no processo da pesquisa “pé no chão”;

Ao Prof. Fernando Hellmann e a Profa. Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima por aceitarem o convite de estarem comigo neste momento como colaboradores;

À Profa. Mirelle Finkler, pela atenção e sugestões para a pesquisa;

Aos amigos Marcelo José Fontes Dias, Marina Papile Galhardi, Profa. Denise Viuniski da Nova Cruz e Prof. Fulvio Nedel pela leitura e sugestões em determinados trechos do material, e Otávio Dutra, pelas indicações de leitura dos textos cubanos;

À minha analista, Renata Dabori;

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina;

Aos companheiros e companheiras do Ministério da Saúde, especialmente da Política Nacional de Humanização, onde tive a honra de estar diretamente vinculado ao apoio institucional durante três anos;

Aos companheiros e companheiras do Ministério da Educação, especialmente da Diretoria de Desenvolvimento de Educação em Saúde, parceiros que permitiram a minha entrada e interferência em muitas atividades em Santa Catarina, além dos apoiadores, tutores e supervisores do Programa Mais Médicos para o Brasil;

Aos profissionais da Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina, das Secretárias Municipais de Saúde de Florianópolis e Joinville;

Aos colegas, professores e servidores da Universidade Federal de Santa Catarina, especialmente os do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas;

Aos colegas e amigos docentes, preceptores, funcionários e acadêmicos do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí;

Aos médicos e médicas cubanos trabalhadores, gestores e usuários do nosso Sistema Único de Saúde;

E a todos aqueles que indiretamente colaboraram com a produção desta pesquisa.

Definitivamente, sozinho não teria escrito uma só palavra, sem a colaboração de todos vocês, não seria possível. Vocês foram fundamentais para viajar sobre essas águas. Muito obrigado!

Agora, porém, a ciência, esporeada por sua vigorosa ilusão, corre, indetenível, até os seus limites, nos quais naufraga seu otimismo oculto na essência da lógica. Pois a periferia do círculo da ciência possui infinitos pontos e, enquanto não for possível prever de maneira nenhuma como se poderá alguma vez medir completamente o círculo, o homem nobre e dotado, ainda antes de chegar ao meio de sua existência, tropeça, e de modo inevitável, em tais pontos fronteiros da periferia, onde fixa o olhar no inesclarecível. Quando divisa aí, para seu susto, como, nesses limites, a lógica passa a girar em redor de si mesma e acaba por morder a própria cauda.

O Nascimento da Tragédia – F. Nietzsche (1872)

RESUMO

A assistência médica, no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), passou por um processo de ampliação significativa em determinadas regiões do Brasil, a partir da implantação do Programa Mais Médicos (PMM). Dentre os desafios atualmente enfrentados na APS destacam-se a falta de acesso à atenção médica em territórios distantes ou vulneráveis, bem como a crise de paradigmas vivenciada no âmbito do cuidado médico. O reflexo dessa última questão é percebido no distanciamento entre os interesses do profissional e o interesse dos usuários, no isolamento nas relações produzidas com outros trabalhadores de saúde, no desconhecimento das práticas de outros profissionais e no forte investimento em intervenções centradas em tecnologias “duras”, focadas na produção de procedimentos de alta densidade tecnológica. A problematização em torno da relação entre os médicos cubanos do PMM e usuários do SUS originou-se a partir de alguns elementos: na manifestação e na controvérsia sobre a presença desses médicos no auxílio à população brasileira; na suposta formação alicerçada em concepções comunitárias e sociais, atenta às situações e aos problemas prevalentes da população; na falta de interesse de médicos brasileiros em atuar em regiões vulneráveis, e pela hostilidade na recepção aos médicos cubanos ao chegarem no Brasil. Assim, neste estudo é discutida a produção de vínculo no cuidado em saúde entre médicos cubanos e usuários nos municípios de Florianópolis e Joinville, em Santa Catarina. Trata-se de identificar a concepção dos usuários do SUS e dos médicos originários de Cuba vinculados ao PMM sobre suas experiências de produção de vínculo no âmbito do cuidado em saúde da APS; descrever quais elementos possibilitam a produção de vínculos e que são estabelecidos nesse encontro entre os sujeitos, e, por fim, evidenciar de maneira crítica as potencialidades e as fragilidades dessa produção na experiência singular do PMM. Para tanto, utilizou-se os elementos teóricos de Michel Foucault, Georges Canguilhem e outros pensadores que abordaram o problema e seus correlatos. Optou-se por uma investigação qualitativa, desenvolvida nos dois municípios catarinenses durante o ano de 2015. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com 12 médicos cubanos e 13 usuários (25 participantes). Utilizou-se como estratégia para análise dos dados a perspectiva da Análise de Conteúdo. Nos resultados, constata-se que a produção de vínculo é fundamental na relação médico-usuário, sobretudo para o cuidado em saúde. A concepção de cuidado não está

unicamente definida pelo acesso ao médico e às tecnologias duras e leves-duras, mas na produção de outras formas de relação de cuidado no SUS. Por isso, a produção de vínculo possibilita o reposicionamento favorável à capacidade de desenvolver o cuidado de si na relação entre médicos cubanos e usuários brasileiros. Considera-se que nesta relação a produção de vínculos solidários, como parte de uma tecnologia que compõe o plano de cuidado, torna-se capaz de reduzir as distâncias entre os saberes e entre os poderes inerentes ao cotidiano dos encontros entre usuários e médicos.

Palavras-chave: Produção de Vínculo; Relação médico-usuário; Programa Mais Médicos; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Medical care, under the Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS), underwent a significant expansion process in certain regions of Brazil, since the implementation of the Mais Médicos Program (PMM). Among the challenges currently faced in PHC are the lack of access to medical care in distant or vulnerable territories, as well as the crisis of paradigms experienced in the area of medical care. The reflection of this last question is perceived in the distance between the interests of the professional and the interest of the users, in the isolation in the relations produced with other health workers, in the ignorance of the practices of other professionals and in the strong investment in interventions focused on technologies "hard" , Focused on the production of procedures of high technological density. The problematization around the relationship between the Cuban PMM doctors and SUS users originated from some elements: in the manifestation and in the controversy about the presence of these physicians in the aid to the Brazilian population; In the supposed formation based on communitarian and social conceptions, attentive to the situations and the prevalent problems of the population; In the lack of interest of Brazilian physicians to work in vulnerable regions, and by the hostility in the reception to the Cuban doctors when arriving in Brazil. Thus, this study discusses the production of linkage in health care between Cuban doctors and users in the municipalities of Florianópolis and Joinville, in Santa Catarina. It is a question of identifying the conception of the users of the SUS and of the doctors originating in Cuba linked to the PMM on their experiences of producing links in the scope of PHC health care; To describe what elements make possible the production of bonds and that are established in this encounter between the subjects and, finally, to critically highlight the potentialities and fragilities of this production in the singular experience of the PMM. For that, we used the theoretical elements of Michel Foucault, Georges Canguilhem and other thinkers who approached the problem and its correlates. A qualitative investigation was carried out in the two municipalities of Santa Catarina during the year 2015. Data collection was done through semi-structured interviews with 12 Cuban physicians and 13 users (25 participants). The Content Analysis perspective was used as a data analysis strategy. In the results, it is verified that the production of bond is fundamental in the doctor-patient relationship, especially for health care. The conception of care is not only defined by access to the doctor and hard and light-hard

technologies, but in the production of other forms of caring relationship in SUS. Therefore, the bonding process makes it possible to reposition itself in favor of the capacity to develop self care in the relationship between Cuban doctors and Brazilian users. It is considered that in this relationship the production of solidarity bonds, as part of a technology that makes up the plan of care, becomes able to reduce the distances between the knowledges and between the powers inherent to the quotidian of the meetings between users and doctors.

Keywords: Bond production; doctor-user relationship; More Doctors program; Primary Health Care; Medicine Family and Community.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira
APS – Atenção Primária à Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
DAB – Departamento de Atenção Básica
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF – Estratégia da Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES – Instituições de Ensino Superior
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MEC – Ministério da Educação
MFC – Medicina Geral e Comunitária
MGI – Medicina Geral Integral
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
REVALIDA – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
RMS – Registro Ministério da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
WONCA – World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. SAÚDE PÚBLICA E POLÍTICAS DE SAÚDE: SITUANDO O CONTEXTO DO PROBLEMA	25
2.1 SOBRE OS MODELOS EXPLICATIVOS DE SAÚDE-DOENÇA	25
2.2 A EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
2.3 ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
2.4 MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UM PROGRAMA EM QUESTÃO ...	46
3. CUIDADO, TECNOLOGIA E VÍNCULO: DEFINIÇÃO DE TERMOS ATRELADOS AO PROBLEMA	68
3.1 DO CUIDADO DE SI	69
3.2 DA TECNOLOGIA E DO VÍNCULO EM SAÚDE	79
4. MEDICINA, CLÍNICA E INDIVÍDUO: O JOGO DE RELAÇÕES ENTRE OS AGENTES	95
4.1 MEDICINA E CLÍNICA: A SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS	95
4.2 A MEDICINA COMO UMA ABORDAGEM.....	119
5. PERSPECTIVA METODOLÓGICA: UM CAMINHO DE PESQUISA	143
5.1 TÉCNICA PARA A COLETA DOS DADOS QUALITATIVOS: AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	145
5.1.1 Roteiro para as entrevistas	146
5.1.2 As entrevistas	148
5.1.3 Os entrevistados	149
5.1.3.1 Os médicos participantes	150
5.1.3.2 Os usuários participantes	153
5.2 ENTRANDO NO CAMPO E PROCEDIMENTOS ÉTICOS	155
5.2.1 Os cenários da pesquisa	157
5.3 PROCESSO DE ANÁLISE	164
5.3.1 Procedimentos indicativos para a análise	166
5.3.2 O tratamento para análise	167
6. PRODUÇÃO E EXPERIÊNCIAS DE VÍNCULOS: UM PROCESSO EM PERMUTAÇÃO	172
6.1 A RELAÇÃO MÉDICO E USUÁRIO E SUAS PRODUÇÕES DE VERDADE	172

6.2 PRODUÇÃO DE VÍNCULOS E SEUS SENTIDOS: UMA TEORIA DO ENCONTRO.....	193
6.3 A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS CUBANOS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	220
6.4 A EVIDÊNCIA COMO TRANSITÓRIA VERDADE	248
6.5 ESCUTA COMO TECNOLOGIA E CUIDADO COMO EXPERIÊNCIA...	268
7. CONCLUSÃO	298
REFERÊNCIAS.....	305
APÊNDICES	323
ANEXO	334

1. Introdução

*O que se desatou num só momento
não cabe no infinito, e é fuga e vento.*

Carlos Drummond de Andrade (do poema “Instante”)

As palavras são parciais, insuficientes e provisórias. Inevitavelmente, elas são escolhas, caminhos e histórias. O começo é parcial, assim como a análise é insuficiente e a conclusão, mesmo quando possível, é provisória.

As palavras nesta tese nascem de um conjunto de movimentos pessoais, profissionais e acadêmicos. São encontros e caminhos hiantes. Trata-se de produzir, de potencializar e de ampliar as *palavras-apostas*. Sozinha, a palavra é só palavra; se descontextualizada, é apenas um termo sem sentido. Daí a abertura para traduzir sentidos, outras palavras.

Não é somente um lugar (geografia) ou tempo (história) que manifesta quem palavreia. A ampliação e a conexão de *palavras-caminhos* habitam a necessidade de diálogo e de transposição daquilo que teima em extrapolar, daquilo que tem muitos nomes, daquilo que pode ser singular na pluralidade. É um caminho que remete a uma *palavra-interdisciplinar*: inacabada e em construção.

A *palavra-saúde* desperta a vida na condição humana. Saúde na presença de estranhamento e de encantamento. O estranhamento nas dificuldades e nos problemas, o encantamento nas possibilidades e nos conhecimentos. A expressa fronteira do (re)conhecer-se sujeito, de durezas e de asperezas em seus contextos. Uma *palavra-cuidado* de relação e sujeitos, como conjunto de caminhos e diálogos, e da clínica como cuidado. Uma clínica de histórias e vivências. Um cuidado “*multi*” e “*inter*” disciplinar. A *palavra-vínculo* revela: somos relações.

Neste estudo, duas palavras são essenciais e as definimos da seguinte maneira:

1^a) “*produção de vínculo*” – compreende-se como parte de uma tecnologia do cuidado, produção de encontros inventivos e criativos entre dois sujeitos e seus coletivos. O vínculo não é um fenômeno da ordem da relação individual; ele é, a um só tempo, produção entre sujeitos e entre estes mesmos sujeitos e os universos a eles afeitos – portanto, uma rede de vínculos. É confluência de experiências anteriores, presentes e futuras entre sujeitos em comunicação e em comum ação. Uma produção estabelecida na atitude, nas diferenças

entre si e na pluralidade humana de traduzir e remontar, a partir da troca de experiências. Um *êthos*¹ do cuidado;

2ª) “*relação médico e usuário*” – tradicionalmente, o tema da relação do médico com o indivíduo submetido aos seus cuidados é centrado na “relação médico e paciente”. Tal binômio só foi objeto de questionamento a partir da segunda metade do século XX, e no Brasil ainda há um número limitado de pesquisas sobre o tema (CAMARGO JR., 1998; CAPRARA; RODRIGUES, 2004) que gravita em torno do debate do arranjo médico e paciente.

Assim, optamos por utilizar como terminologia a “relação médico-usuário”.

Primeiro, porque se trata de uma inserção destes dois sujeitos em determinado cenário (Sistema Único de Saúde – SUS) (BRASIL, 2011); segundo, para romper com a conotação corriqueira de “paciente” utilizada em diversos âmbitos.

A fim de demarcar essa diferença, preferimos adotar como ponto de partida o princípio fundamental de assegurar ao cidadão o direito à saúde, sem, no entanto, deslocá-lo para a posição de indivíduo doente ou sujeito paciente. Não se desconhece a existência de críticas à terminologia “usuário”, dentre as quais há a que a extrai da terminologia uma visão utilitarista do sistema de saúde. Ou seja, remete a uma relação de consumo-consumidor de cuidados em saúde, na perspectiva de demanda e oferta, tal como a circulação de bens de consumo e serviços. Apesar disso, utilizamos o termo “usuário” como o intuito de evidenciar a saúde como direito fundamentado e alicerçado na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei nº 8.080, de 1990.

Não obstante os avanços na assistência médica, a questão do acesso ao cuidado médico (re)adquiriu visibilidade, a partir do contexto político, econômico e social, e do debate relacionado ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM). Especialmente, com a presença de médicos estrangeiros, sobretudo, cubanos.

Considerando-se a especificidade da inserção de tais médicos no modelo de atenção à saúde brasileira, notadamente na Atenção Primária à Saúde (APS)², formulamos os seguintes questionamentos: *Há vínculos*

¹ Adotamos a concepção de *êthos* de acordo com Foucault (2004) como sendo uma maneira de ser e que implica uma relação com os outros.

² Um campo complexo de atenção à saúde à população. No Brasil, APS é utilizada como um termo sinônimo à “Atenção Básica”, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

estabelecidos entre usuários do SUS e médicos cubanos? E se de fato há vínculos, quais são suas potencialidades e fragilidades?

A produção de vínculo constitui o objeto desta pesquisa e será sua linha condutora. Assim sendo, a partir da questão central, poder-se-á perceber algumas implicações no âmbito específico do cuidado à saúde no SUS: quais elementos do vínculo médicos cubanos-usuários do SUS na APS implicariam numa possível prática diferenciada?

O interesse em torno do cuidado dos médicos cubanos com os usuários do SUS, repleto de obstáculos (língua, formação acadêmica, contexto, cultura, sistema de saúde, entre outros), originou-se a partir das seguintes constatações: (1) controvérsias em torno da presença desses médicos no auxílio à população brasileira; (2) suposta formação de tais profissionais alicerçada em concepções comunitárias e sociais atenta às situações e aos problemas prevalentes da população; (3) falta de interesse de médicos brasileiros em atuar em regiões vulneráveis, e, por fim, (4) hostilidade³ na recepção aos médicos cubanos ao chegarem no Brasil.

Se, de um lado, a primeira impressão era de que haveria médicos “solidários” com a questão do acesso à saúde da população, por outro lado haveria uma população “carente” de cuidados. Uma conjugação de fatores promissora. No entanto, causa-nos indagação a produção de vínculos entre médico “solidário” e usuário “carente”, estabelecida entre esses dois sujeitos, *a priori*, estrangeiros entre si.

O PMM, ao proporcionar o aumento do provimento de trabalhadores médicos em comunidades com dificuldades de acesso a serviços de saúde, além de aumentar a proximidade do trabalhador médico dessa população brasileira, como corolário lógico, coloca em evidência a relação médico e usuário, os processos de interseção e a produção de vínculo entre esses dois atores.

Por isso, o objetivo deste estudo é compreender o processo de produção de vínculo no cuidado em saúde entre usuários do SUS e médicos cubanos integrantes do Programa Mais Médicos, à luz das tecnologias em saúde de dois municípios do Sul do Brasil.

Especificamente, trata-se de:

³ A capa do jornal Folha de S. Paulo de 23 de outubro de 2013, um importante veículo de comunicação nacional, evidencia um grupo de médicos vaiando os médicos cubanos na chegada ao Brasil.

a) identificar a concepção dos usuários do SUS e médicos do PMM sobre suas experiências de produção de vínculo, no âmbito do cuidado em saúde da APS, com ênfase aos médicos cubanos;

b) descrever quais elementos possibilitam a produção de vínculos estabelecidos nesse encontro entre os sujeitos;

c) evidenciar de maneira crítica quais são as potencialidades e as fragilidades da produção de vínculos, na esfera dessa experiência singular do PMM.

O SUS é o sistema de saúde brasileiro com mais de 25 anos. Trata-se de importante política pública para o acesso aos cuidados de saúde à população (BRASIL, 1990a; PAIM, 2008a; BRASIL, 2009; GOULART, 2010) e, num país com a extensão, diversidade e complexidade como o Brasil, torna-se um desafio oferecer acesso para toda a população, respeitando suas características e suas reais necessidades. O SUS, *grosso modo*, consiste numa política pública de saúde, uma luta pela democracia, pelo estado democrático de direito e pela cidadania plena. Sob este prisma, possui status de política social.

Nesse contexto, o debate do acesso ao cuidado, à formação e o exercício profissional em saúde – denominado de trabalho em saúde (DONNANGELO, 1975; MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; AROUCA, 2003; CECCIM, 2005), especialmente, o acesso ao cuidado médico (SCHRAIBER, 1993, 2008; FRANCO; MERHY, 2013) desperta a possibilidade de refletir sobre o tema “a produção de vínculo entre médicos e usuários dentro do SUS”.

De acordo com Merhy (2013), o modo atual do médico trabalhar passa por uma profunda crise de paradigmas, dentre os quais o distanciamento entre o seu interesse e o interesse dos usuários; o isolamento nas relações produzidas com outros trabalhadores de saúde; o desconhecimento das práticas de outros profissionais, e o forte investimento em intervenções centradas em “tecnologias duras”, focadas na produção de procedimentos de alta densidade tecnológica.

Inúmeras notícias e discussões foram veiculadas em diferentes espaços sobre o PMM: mídia, audiências públicas, entidades de classes, representantes do poder público, entre outros. Acredita-se que o tema ecoou junto à opinião pública de diversos setores da sociedade.

Inicialmente, o PMM consistia na busca de solução aos problemas relacionados à dificuldade de acesso ao atendimento médico em diversas regiões do país e, posteriormente, no aperfeiçoamento de profissionais médicos na atenção à população.

À primeira vista e em curto prazo, trata-se de estratégia desenvolvida pelo Governo Federal para provimento de médicos para atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, a proposta não se cinge ao provimento. Também visa a ações, em médio e longo prazos, voltadas à ampliação e qualificação da formação de médicos para o SUS.

Tais profissionais integram as atividades desenvolvidas conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Trata-se de desenvolver ações que abrangem a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção de saúde. Com isso, pretende-se impactar a situação de saúde que envolve a população, os determinantes e os condicionantes das coletividades (BRASIL, 2012).

A PNAB desenvolve-se através de práticas de cuidado e gestão. Visa à democratização institucional e à ampla participação de diferentes indivíduos, desde trabalhadores e gestores de saúde até os usuários do sistema. Suas atividades são realizadas sob a forma de trabalho multiprofissional e em equipe, definidas para a população de um território específico, onde se assume uma responsabilidade sanitária.

[A PNAB] utiliza *tecnologias de cuidado* complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o *imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos* (BRASIL, 2012, p. 19, grifos nosso).

Através do uso de expressões como “tecnologias de cuidado”, “imperativo ético” e “acolhimento do sofrimento”, extraem-se considerações que refletem uma premissa e um comprometimento ético dos trabalhadores envolvidos no contato direto com os usuários. Um sistema de ideias sustentadas por uma política pública de saúde, que embora não estejam explicitamente detalhadas e tratadas como “estratégias para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2012, p. 25) relacionadas ao trabalho em saúde propõem uma interseção entre o sujeito individualmente considerado e o coletivo.

O PMM ao incorporar as prerrogativas e características da PNAB, tem potencial para a constituição de um conjunto de efeitos capazes de contribuir para a mudança do acesso, qualidade e legitimidade da atenção básica no Brasil. A proposta do PMM é atender as necessidades da população e do SUS, seja por meio da inserção de médicos em diferentes regiões do Brasil, seja por intermédio da criação de novos cursos de graduação e residência médica.

Portanto, ao longo deste trabalho sustentar-se-á a tese de que *a produção de vínculos possibilita o reposicionamento favorável da capacidade do cuidado de si na relação entre médicos cubanos e usuários brasileiros.*

A tese elaborada está estruturada em cinco capítulos que retratam aspectos contextuais, teóricos, metodológicos e analíticos da pesquisa.

O primeiro capítulo, “Saúde Pública e Políticas de Saúde”, contextualiza o problema da pesquisa resgatando aspectos históricos, a emergência do SUS como direito à saúde da população brasileira e as estratégias relacionadas à constituição da APS e o PMM como um programa governamental em resposta aos desafios do acesso ao cuidado médico.

No segundo capítulo, “Cuidado, tecnologia e vínculo”, são apresentadas definições de termos vinculados ao problema de pesquisa, aprofundando os temas do cuidado de si, da tecnologia e do vínculo em saúde, e explicando as filiações teóricas indutoras da constituição de uma proposta conceitual do que seria a produção de vínculos.

O terceiro capítulo, “Medicina, clínica e indivíduo”, reserva-se ao exame das interações entre os agentes, explorando a noção de saúde baseada em evidências, a dimensão da medicina como abordagem para problematizar a concepção do processo saúde-doença e suas especificidades na atuação, relacionando pessoas, suas famílias e comunidade.

No quarto capítulo, “Perspectiva Metodologia”, enunciam-se técnicas, organizações, cenários e tratamentos do processo de pesquisa, caracterizando o percurso e delineamento do objeto e dos sujeitos do estudo.

Por fim, o quinto capítulo, “Produção e experiências de vínculos”, é voltado ao processo analítico dos materiais coletados durante a pesquisa, distribuídos em cinco categorias: relação médico-usuário, produção de vínculos, experiência brasileira com os médicos cubanos, evidências na clínica médica e tecnologias de escuta e cuidado.

2. Saúde Pública e Políticas de Saúde: situando o contexto do problema

O essencial é invisível para os olhos.

Antonie de Saint-Exupéry

Neste capítulo, inicialmente, resgatam-se aspectos históricos de modelos explicativos do processo saúde-doença e, posteriormente, as especificidades da emergência do SUS como direito à saúde da população brasileira, as estratégias relacionadas à constituição e fortalecimento da APS, e, por fim, o PMM como um programa governamental em resposta aos desafios do acesso ao cuidado médico.

De maneira geral, pretende-se apresentar alguns apontamentos e reflexões sobre a saúde pública que possam auxiliar na compreensão dos desafios atuais no país. Não se trata de uma detalhada descrição da história e das políticas de saúde pública, tampouco um exaustivo aprofundamento no tema. Almeja-se percorrer um caminho que demarque temporalmente na atualidade alguns vestígios, destacando avanços e retrocessos, especialmente relacionados à emergência da noção de saúde-doença, com ênfase na instituição da medicina, especialmente a denominada Medicina de Estado. Noções especificamente e cuidadosamente compreendidas em seu caráter provisório. Parte-se do princípio de que a própria noção de saúde e doença transforma-se ao longo da história da sociedade.

2.1 Sobre os modelos explicativos de saúde-doença

A concepção de saúde e doença variou no tempo conforme sistemas de crenças, concepções científicas, organização política etc. Com o advento do Cristianismo, por exemplo, em muitos momentos, a doença era atribuída a causas místicas e a cura advinha de poderes miraculosos. Já na aurora do pensamento “científico”, adquiriu explicações relacionadas às suas causas localizadas nos “miasmas” (partículas invisíveis), com a Teoria Miasmática. A própria transformação da sociedade, durante a Revolução Industrial, induziu a associação das doenças às condições de vida e de trabalho, concepção sustentada pela chamada Teoria Social da Medicina. Apenas no final do século XIX, com as novas ciências como a Bacteriologia e a Imunologia se constituíram outros sistemas explicativos, remetendo a causa da doença a um agente de origem bacteriológica. Assim, surgiram as

explicações unicasais e, posteriormente, multicausais de caráter biológico, em detrimento da concepção social (ROSEN, 1994).

Os Departamentos de Saúde criados no século XIX se preocupavam em essência, com o controle das doenças contagiosas por meio do saneamento ambiental. De acordo com a teoria miasmática do contágio, a prevenção era a consequência natural da remoção de refugos e água dos esgotos; ao minorar os transtornos sanitários, o objetivo real da administração da Saúde Pública era o de impedir surtos de doenças contagiosas (ROSEN, 1994, p. 257-8).

As origens da saúde pública estão vinculadas à natureza da vida comunitária. A inter-relação entre diferentes problemas como a provisão de água, o ambiente físico, a comida, a assistência médica, as doenças, entre outros, segundo Rosen (1994), originou esse campo. A saúde e a comunidade revelam a consonância entre homem e sociedade. Assim, *grosso modo*, pode-se considerar pelo menos três modelos explicativos que modificaram a noção de saúde-doença: a) modelo higienista-preventivista; b) modelo da determinação social, e c) modelo biologicista.

O modelo higienista-preventivista surgiu nos séculos XVIII e XIX e tem relação com o crescimento do comércio e urbanização. Neste modelo, as ações estão voltadas para um regime de higiene, para o controle social, identificado com a Medicina Urbana (França), a Polícia Médica (Alemanha) e a Medicina da Força de Trabalho (Inglaterra). Estes três modelos são o que se costuma chamar de modelos de Medicina de Estado. É contemporâneo à Revolução Industrial, à ascensão do capitalismo, à hegemonia da ideologia burguesa e à organização dos estados-nação. De acordo com Foucault (2009), a Polícia Médica surgiu na Alemanha, no final do século XVIII, e os demais modelos (Medicina Social, na França, e Saúde Pública, na Inglaterra) no século XIX.

As cidades, como variáveis espaciais, passam a ocupar o lugar de objeto de medicalização dos indivíduos (FOUCAULT, 2009). Se o espaço urbano, por exemplo, é um espaço potencialmente perigoso, há de se compreender que a localização dos bairros, dos cemitérios, dos matadouros, além do sistema de esgoto e a densidade da população, têm papel decisivo na mortalidade e morbidade das pessoas.

O modelo da determinação social trata da relação do indivíduo com o seu contexto, sem negar a atenção individualizada, ou seja, a modificação das condições de saúde diretamente relacionadas com o trabalho, a educação, a cultura, a distração e com o descanso.

Rudolf Virchow (1821-1902), médico polonês, considerado o criador da patologia moderna e da medicina social, teve forte influência sobre o modelo da determinação social, com propostas de intervenções em clínicas e hospitais, sugerindo, sobretudo, mudanças nas condições e problemas sociais para a produção de saúde, compreendendo a direta interferência dos fatores econômicos e políticos na saúde da população (CUTOLO, 2001). Portanto, a noção do processo saúde-doença está diretamente influenciada pela organização da sociedade.

O modelo biologicista, a partir da descoberta da existência das bactérias e outros microorganismos (unicausalidade), apontou para o início da medicina nomeada científica. Nesse sentido, afirma Löwy (2006) que o exercício seria tornar visível o invisível. Neste contexto, o estudo de Claude Bernard (1813-1878), médico e fisiologista francês, que formulou a patologia experimental como inseparável de uma fisiologia, valorizou a visão biológica da doença, na qual as atividades processadas no organismo ocorrem por um equilíbrio de reações químicas (CUTOLO, 2001). Esse modelo reforça a posição da supremacia do biológico sobre a condição humana.

O movimento em direção à separação entre indivíduos e a doença se acelerou, no final do século XIX, com o advento da teoria microbiana das doenças, que afirmou uma causalidade única nas doenças infecciosas e as consequências (relativamente) homogêneas do encontro entre indivíduo e um patógeno específico. [...] Em compensação, a rápida difusão das “ciências pasteurianas” (bacteriologia, imunologia, parasitologia) no fim do século XIX e início do XX e sua transferência dos centros de produção do saber para a periferia reforçaram a ideia de que as doenças transmissíveis repousam sobre uma base biológica partilhada, contribuindo, assim, para a consolidação do conceito de saber médico universal (LÖWY, 2006, p. 31).

O conceito de saúde para George Canguilhem (1904-1995), filósofo e médico francês, não pode ser reduzido a um termo “científico” (CANGUILHEM, 2005). O autor recusa a ideia de que a vida se desenvolva na “solidão do organismo individual” (CAPONI, 2009, p. 61), sustentando que o meio e o ser vivo, quando separados, não podem ser chamados de normais.

A problematização filosófica da saúde extrapola o desenho biológico, sem negar a existência de uma doença, muito menos de um corpo, mas a compreende como “[...] dificuldades que o organismo encontra para dar respostas às demandas que seu meio lhe impõe” (CAPONI, 2009, p. 61).

Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que os torna patológico é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos e funções. A patologia quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia – isto é, estudo dos mecanismos da doença – porque recebe da clínica essa noção de doença, cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio (CANGUILHEM, 2012, p. 51).

O autor realiza um exame minucioso sobre a noção de determinante social e reorganização epistemológica da doença, além do distanciamento sobre o ponto de vista do fisiologista e o ponto de vista do doente. Canguilhem (2012, p. 140) entende que “a saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. A vida está, habitualmente, aquém de suas possibilidades, porém, se necessário, mostra-se superior à sua capacidade presumida”.

Vinte anos após a apresentação de sua Tese de Doutorado, o autor pondera que:

Nenhum homem não fica doente, pois ele só é doente quando sua saúde o abandona e, nesse momento, ele não é mais são. O dito são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde (CANGUILHEM, 2012, p. 234).

A concepção da doença como determinada socialmente não parece ter influenciado a ainda vigente definição de saúde consolidada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença”. Até hoje esta concepção não é unânime e recebe críticas, dado o seu caráter idealizante e utópico. Essa evolução histórica e, especificamente a conformação da Medicina de Estado, no Brasil assume formatos que serão refletidos nas Políticas de Saúde compreendidas, na visão de Luz (1986, p. 62), como: “[...] a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população”.

A autora considera que tais condições podem variar conjunturalmente e comportar um conjunto de divergências, oposições internas e incoerências. Uma política de saúde existe em qualquer Estado, pelo menos explícitas na forma de Programas. Deve-se considerar a existência de políticas de Estado tais como a própria Constituição, na qual os direitos garantidos são independentes dos governos e da existência de políticas de governo – ou seja, propostas transitórias e conjunturais.

No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, principalmente a partir dos movimentos do preventivismo e da saúde comunitária, além da produção teórica e crítica produzida no novo campo da Saúde Coletiva, percebe-se a construção de novos modelos de atenção à saúde, fomentados em meio a uma luta de caráter contra-hegemônico. A composição de ação política, ideologia e saber desloca a ênfase nos serviços para as condições de saúde (GOULART, 2010).

2.2 A Emergência do Sistema Único de Saúde

Diante dessa alteração nos paradigmas, após diversos arranjos organizativos e de sistematização do cuidado em saúde ofertado à população, emerge uma nova proposta de ação, promoção, proteção e

recuperação de saúde. Esta nova concepção conquista espaço e acarreta mudanças em diversos setores no território nacional, sobretudo na consideração do direito à saúde.

Um marco importante na história das políticas de saúde no Brasil foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Trata-se de momento de reunião de diversos indivíduos mobilizados e críticos ao regime autoritário vigente no país, de 1964 até 1985, colocando em debate e análise os direitos e deveres do Estado e, principalmente, a democratização da sociedade.

A 8ª Conferência não surgiu sem um plano de intencionalidades; é fruto de um movimento dotado de relações com marcos econômicos, políticos, culturais e sociais da sociedade brasileira.

Ao mesmo tempo, propõe mais do que uma reforma administrativa e financeira pois contém uma proposta de outro discurso, “[...] revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção, e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar de reforma sanitária” (BRASIL, 1986, p. 381), e coloca luz sobre a própria conceituação de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. *É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato.* Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4, grifo nosso).

A partir da Conferência de 1986, um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas relacionadas à saúde sinalizaram para uma abertura para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. Nesta época, o nome de Reforma Sanitária fora concebido para abranger aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais, ou seja, uma tarefa de todos os agentes comprometidos com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e da democratização

das estruturas políticas. Trata-se de uma tarefa que, para alguns militantes da área da saúde, é imprescindível para a construção da base do socialismo democrático no Brasil (PAIM, 2008b). Ao mesmo tempo, o Movimento Sanitário estabelece-se como ator social coletivo; além de impulsionar a Reforma Sanitária, inicia o enfrentamento com o complexo médico-industrial, elemento importante na formação do padrão da prática médica flexneriana⁴: hospitalar, biologicista, fragmentar e positivista. Entretanto, este momento de reconfigurações, com conceituações abrangentes e membros ativos e implicados, não significa por si só práticas de cuidado modificadas (DA ROS, 2000).

Entre os vários marcos históricos deste momento para a saúde no país, a própria Constituição Federal de 1988 explicita uma nova concepção para a República Federativa do Brasil. No que se refere aos princípios fundamentais, são apresentados quatro objetivos: 1) construir uma sociedade livre, justa e solidária; 2) garantir o desenvolvimento nacional; 3) erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; 4) promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal assegura a igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Ainda, considera que saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurado o acesso universal e igualitário a serviços e ações de saúde (BRASIL, 1988).

Assim, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito constitucional traduzido no seu reconhecimento como direito público. Esta base jurídica para um Sistema Único de Saúde (SUS) traz, além do suporte legal do direito universal e dever do Estado, três diretrizes para sua organização: 1) participação da comunidade, 2) direção única em

⁴ Abraham Flexner (1866-1959), no começo do século XX, realizou uma investigação sobre as faculdades de medicina nos Estados Unidos da América. A pesquisa resultou na elaboração de um relatório, conhecido como “Relatório Flexner”, que teve muito impacto no ensino médico, sedimentando um modelo curricular e, conseqüentemente, repercutindo sobre a prática médica. Contou com o apoio financeiro da “Carnegie Foundation”, fundação do empresário estadunidense, Andrew Carnegie (1835-1919), empreendedor de companhias de aço. No Brasil, a sua interferência começou a partir da década de 1950 (CUTOLO, 2001).

cada esfera de governo (descentralização) e 3) atendimento integral das ações de saúde.

Duas leis ordinárias são fundamentais para detalhamento do conteúdo constitucional do SUS: a Lei Federal nº 8.080 e a Lei Federal nº 8.142, ambas de 1990.

A Lei nº 8.080/90 apresenta como determinantes e condicionantes de saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, expressando assim os níveis de saúde da organização social e econômica do país. Além disso, define atribuições de cada esfera de governo, objetivos, campos de atuação, princípios e diretrizes, entre outros (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142/90 versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Propõe, portanto, instâncias colegiadas – conselho e conferência de saúde – na composição da gestão do SUS. Ambas foram objeto de complementação por meio de leis complementares, decretos, portarias e outras regras que foram operacionalizando o SUS em diferentes âmbitos (BRASIL, 1990b).

Nas últimas décadas, as transformações e os desafios relacionados aos arranjos organizacionais e referências teórico-metodológicas em saúde foram adquirindo experiências na dimensão técnica/tecnológica nas práticas de saúde, levando em consideração o desenvolvimento histórico das políticas e a organização dos serviços correspondentes, ampliando a capacidade de respostas às necessidades de saúde da população (DONNANGELO, 1975; CAMPOS, 1992; MENDES-GONÇALVES, 1994; AROUCA, 2003).

Entre os componentes e funções principais do SUS (infraestrutura, gestão, financiamento), a “prestação de serviços” é o que assinala a noção de modelos de atenção ou tecno-assistenciais, referindo-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações e às práticas de saúde.

De acordo com Paim (2008a, p. 571):

modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais historicamente definidas (PAIM, 2008a, p. 571).

Além disso, seria sem sentido pronunciar um único modelo de atenção para o SUS, uma vez que há uma heterogeneidade que compõe a realidade de saúde dos territórios do país. Com efeito, os modelos são constituições de racionalidades informativas das intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde, ainda “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas” (Ibid., p. 554).

Os modelos hegemônicos de atenção à saúde no Brasil, conforme Paim (2008b), estão entre modelo médico hegemônico e modelo sanitário. Enquanto o primeiro versa sobre o médico-assistencial privatista e o modelo da atenção gerenciada, o segundo ocupa-se de campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica. Ambos os modelos têm suas limitações e dificuldades. Contudo, o modelo da Estratégia de Saúde da Família, adotado no SUS, torna-se uma proposta alternativa com pertinência.

Assim, a partir do momento em que se busca a efetivação dos princípios do SUS, na atenção à saúde voltada para a família em seu território de vida, há um reordenamento do sistema, no qual a APS renova a lógica de cuidado considerando fatores contextuais, adquirindo relevância para as ofertas em saúde.

2.3 Estratégias para garantir o Direito à Saúde: Atenção Primária à Saúde

Há homens que lutam um dia e são bons, há outros que lutam um ano e são melhores, há os que lutam muitos anos e são muito bons. Mas há os que lutam toda a vida e estes são imprescindíveis.

Bertold Brecht

A concepção de APS é marcada por alguns registros históricos importantes. Um deles, talvez o mais conhecido, seja o “Relatório Dawson”⁵, divulgado em 1920.

O documento propunha a organização do sistema de serviços de saúde no Reino Unido, a partir de três níveis: hospitais de ensino, os centros secundários e os primários de atenção. “Essa proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de

⁵ Bertrand Edward Dawson (1854-1945), médico da família real britânica.

serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo” (MENDES, 2002, p. 9). A ênfase nos cuidados básicos é configurada na concepção de assistência à saúde dos “welfare states” – estado de bem-estar social. Esse relatório, com suas propostas de serviços de saúde em três níveis de atenção, forneceu as bases para o sistema contemporâneo de APS, com serviços regionalizados e hierarquizados (STARFIELD, 2002; GOULART, 2010). A APS, em certo sentido, parte da premissa de que o contexto e a sociedade interferem no modo de produção de saúde, pois as pessoas adoecem e morrem em decorrência da forma como vivem.

Outro registro importante é a experiência de organização do sistema nacional de saúde na União Soviética, a partir de 1918, realizada por Nikolai Aleksandrovich Semashko (1874-1949), Ministro da Saúde soviético de 1918 a 1930. O “sistema Semashko” desenvolveu-se após o triunfo do comunismo no Leste Europeu. Esse sistema tem influência direta dos estudos de Virchow, contemporâneo a Semashko, que “[...] elaborou uma teoria segundo a qual a doença epidêmica seria uma manifestação de desajustamento social e cultura” (ROSEN, 1994, p. 78). A influência destes estudos forneceu a base para o movimento da medicina social na Europa, além de fomentar a proposta de um sistema universal e com a garantia do direito de toda população contar com cuidados em saúde. Esse sistema persiste em países como Cuba, que, após a Revolução de 1959, passou a adotar programas sociais e econômicos de acesso universal.

Também se destacam dois movimentos que derivaram de diferentes experimentações e marcos importantes para a APS: a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa (BUSS, 2009).

Em 1978, no Cazaquistão, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata, foi elaborada a “Declaração de Alma-Ata”.

A conferência presidida pela União Soviética (ex-URSS) contou com a participação de 134 países, sem, no entanto, a participação de representantes dos Estados Unidos da América e do Brasil.

O documento sintetiza e sinaliza necessidades de ações na cooperação para a saúde mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1979), a Declaração propôs-se a formalizar uma organização de sistemas de saúde de forma equitativa e eficiente.

O conceito de cuidados primários de saúde, sistematizado na conferência promovida pela OMS, refere-se aos cuidados essenciais de

saúde ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade utilizando métodos e tecnologias práticas aceitáveis social e cientificamente. Dentre os objetivos dos debates ocorridos entre as autoridades da Conferência estava:

Abrir os olhos do público para os reais méritos dos cuidados primários de saúde, inerente aos quais é a prestação de serviços essenciais, a custo acessível para todos, dentro de um espírito de justiça social, ao contrário da sofisticada atenção médica dispensada a uma minoria, dentro de um espírito oposto de iniquidade social (OMS, 1979, p. 34-5).

A Declaração de Alma-Ata não utiliza a noção de atenção à saúde. Ela apenas formula um conjunto de ações que propõe cuidados primários de saúde, uma proposição antes de tudo racionalista que visa a cuidar das pessoas com o menor custo e a maior efetividade diante do custo. O que se desdobra, a partir de Alma-Ata, é a organização sistêmica dos cuidados primários de forma mais completa em relação ao cuidado – a atenção primária ou básica à saúde – igualmente racionalizadora e centrada no custo-efetividade.

A denominação “Atenção Primária à Saúde”, baseada nos problemas de saúde da comunidade em diferentes níveis (curativos, preventivos, reabilitação e promoção), consistiria em uma proposta de reforma na organização dos cuidados primários de saúde que, potencialmente, reduziriam a mortalidade e os custos. De acordo com Andrade et al. (2012), após a Alma-Ata, vários países, empregam modelos distintos sobre a organização e ofertas de serviços de saúde, além de definições, enfoques e ênfases para a denominação “APS”⁶.

Em 1986, outra importante conferência (“Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde”), realizada em Ottawa, Canadá, apresenta uma resposta aos desafios da saúde pública ao redor do mundo. Travou debates centrados nas necessidades dos países industrializados sem desconsiderar preocupações semelhantes em outras regiões. A “Carta de Ottawa” elenca cinco pontos de ação: 1) reforço na ação comunitária; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3)

⁶ No Brasil, o termo APS está relacionado ao modelo de atenção seletiva – limitada as atividades dos serviços de saúde aos pobres – renomeada por Atenção Básica em saúde (ANDRADE et al., 2012).

elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais, e 5) reorientação do sistema de saúde. Expressa, em suma, um desejo de possibilitar às pessoas maior controle de sua própria saúde, com a concomitante abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (OMS, 1986).

A atenção primária⁷ tem dissimilaridades fundamentais com a atenção médica convencional. Uma importante marca reside no enfoque. Enquanto uma centraliza o cuidado na produção de saúde, a outra visa a extinção de doença. Enquanto uma procura a prevenção, promoção, recuperação e cura, a outra busca apenas a cura. Enquanto o conteúdo de uma é promoção, atenção continuada e abrangente, a outra visa ao diagnóstico, ao tratamento, à atenção por episódios e aos problemas específicos. No que diz respeito à organização, a atenção primária tende a operacionalizar-se com clínicos gerais e equipes multiprofissionais. Já a atenção médica convencional conta com especialistas médicos e consultórios individuais. Em relação à responsabilidade, enquanto a atenção primária entende a necessidade de colaboração intersetorial, da participação da comunidade e da autorresponsabilização, a atenção médica convencional situa-se exclusivamente na conexão com o setor de saúde; tem o domínio pelo profissional de saúde e a sua recepção é passiva (STARFIELD, 2002).

Desde a Conferência de Alma-Ata, há quase quarenta anos, algumas evidências sobre a efetividade da APS foram adquirindo espaço. Estudos comparativos entre países apontam que as nações com sistema de saúde centrado na APS obtiveram melhores indicadores de saúde e com menores custos (ANDRADE et al., 2012). Neste contexto, apresentar os modelos universais (Dawson, URSS, Alma-Ata e Ottawa) relewa o caráter “racionalizante” de todas essas propostas. Elas refletem uma “economia da saúde”, traduzida como a maximização dos recursos disponíveis, por exigência do capital.

As escolhas e decisões dos modelos levam em consideração os custos e os benefícios com a “melhor” forma de distribuição de recursos, uma vez que estes não são ilimitados e necessitam ser bem empregados, considerando o presente e o futuro, para que indivíduos e grupos da

⁷ Alguns pesquisadores dedicados a estudos sobre a atenção primária têm vastas produções sobre o tema. Entre eles, sucintamente, destacam-se: Barbara Starfield (1932-2011), médica pesquisadora estadunidense, Juan Gérvas (1948-atual), médico pesquisador espanhol, e Lígia Giovanella (1956-atual), médica pesquisadora brasileira.

sociedade possam ser incluídos de acordo com as características e a estrutura do sistema de saúde.

No SUS, por exemplo, a remuneração *per capita* das ações estratégicas mínimas na atenção básica, denominada de Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, refere-se às responsabilidades e atividades prioritárias para atender as situações identificadas como de maior impacto sobre a população. Por exemplo: eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da *diabetes mellitus*, ações de saúde bucal, saúde da criança, da mulher, entre outras. De tal modo, trata-se de sugerir caminhos para se obter os “resultados” e os “impactos” desejados.

Em se tratando de APS, as queixas e as demandas são invocadas pelos usuários de forma vaga e com pouca especificação, por isso há a necessidade de maiores e melhores elucidações dos problemas enfrentados, bem como a obtenção de informações que colaborem na construção de um “diagnóstico”, propiciando um manejo adequado e com menos custos ao Estado, aponta Starfield (2002). Um dos “reguladores” para enfrentar os custos desse sistema é, sem dúvida, o profissional médico.

Além dos estudos comparativos, Starfield (2002) propõe definições operacionais apresentando como base de conhecimento e operacionalização da APS quatro princípios ordenadores e essenciais: 1) acesso e primeiro contato, 2) longitudinalidade, 3) integralidade e 4) coordenação da atenção⁸. Apresentamos os quatro atributos da atenção primária de forma separada simplesmente por questão didática. Contudo, tais atributos relacionam-se entre si formando um todo que nada mais é que o cerne da própria APS, tanto conceitual como operacionalmente considerada.

O princípio da *acessibilidade e primeiro contato* compreende a utilização de serviços acessíveis como fonte de cuidado imediato em resposta à necessidade de atenção. *Longitudinalidade* se refere à fonte regular de cuidado com um serviço e equipe de profissionais ao longo do tempo e a relação estabelecida entre população e profissionais, sem necessariamente a presença ou ausência de problemas específicos. *Integralidade* reconhece as necessidades de saúde das pessoas e a disponibilidade de recursos para abordá-las em todo o processo. Já a *coordenação da atenção* consiste na compreensão e disponibilidade de

⁸ Alguns trabalhos traduzem como “coordenação do cuidado”.

todas as informações a respeito dos problemas enfrentados pelo usuário em qualquer contexto que se apresente permitindo a continuidade do acompanhamento pelos mesmos profissionais e a integração dos cuidados oferecidos (STARFIELD, 2002).

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente (STARFIELD, 2002, p. 314).

De acordo com Mendes (2002), são possíveis três significados sobre atenção primária à saúde: 1) atenção seletiva, 2) nível primário do sistema de serviços de saúde e 3) estratégia de organização do sistema de serviços.

A primeira refere-se a um programa específico destinado para populações e regiões pobres, sendo oferecido um conjunto de tecnologias simples e de custo baixo, sem a possibilidade de referência com outros níveis de atenção com maior densidade tecnológica e com trabalhadores com distintas qualificações. A segunda diz respeito à organização e funcionamento dos serviços de saúde no nível primário, pensado como porta de entrada do sistema, procurando ações resolutivas dos problemas mais comuns, minimizando custos e satisfazendo as demandas da população – porém, restringindo-se às ações de atenção de primeiro nível. A terceira trata-se de uma forma de apropriar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema com o intuito de satisfazer as necessidades da população, o que implicaria na articulação dentro de um sistema integrado de serviços, tendo a APS como ordenadora do cuidado em todo o sistema.

No Brasil, o modelo de atenção à saúde busca colocar em prática os princípios do SUS, adotando na atenção primária a oferta de uma reorientação do modelo assistencial, pautado nos princípios da longitudinalidade, gestão do cuidado e de vinculação. De acordo com Andrade et al. (2012), uma das iniciativas mais importantes para reorganizar a APS foi o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 como uma política de saúde, a partir de experiências inovadoras de modelos de atenção do perfil epidemiológico

brasileiro, dos acordos internacionais assinados pelo Brasil e por critérios consistentes da APS.

Nos últimos anos, o governo federal brasileiro tem assumido a perspectiva da APS como reorganizador da atenção à saúde (BRASIL, 2012). A PNAB, a partir da Portaria nº 2.488/2011, estabelece as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, compreendendo-a como ordenadora das redes de atenção à população, com o objetivo de promover atenção integral capaz de impactar na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

No entanto, os desafios para o fortalecimento do SUS ainda são muitos: valorização política e social do espaço da APS, práticas coesas em conexão entre indivíduos e equipes, ampliação do financiamento, qualificação da avaliação e instrumentos de gestão, investimentos na gestão de pessoas etc. Disto decorre a necessidade e importância do permanente diálogo entre política e gestão, estratégias de formação de profissionais, cuidados em saúde e participação social, pois assim o debate e as decisões sobre a formulação, a execução e a avaliação da política de saúde pode se tornar um processo interativo envolvendo ensino, gestão, atenção e educação. Ceccim e Feuerwerker (2004) denominam esse processo interativo de “quadrilátero da formação”, que, acima de tudo, trata-se de uma defesa do SUS.

A própria PNAB aponta a importância da articulação com a educação permanente para a indução de mudanças na formação de profissionais e gestores com características adequadas aos objetivos e princípios da atenção básica em saúde. “A educação permanente deve

ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular” (BRASIL, 2012, p. 38).

Se a APS pretende ser reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, torna-se necessário um “agir” e um “fazer” em educação que se configurem em práticas concretas e pesquisas para fomentar o aprofundamento e reflexão sobre essas práticas. Não obstante, o objeto de estudo desta pesquisa adota convergências com os atributos da APS, especialmente, relacionados à relação médico e usuário dentro da ESF, destacando os sentidos destes. Vejamos o exemplo da longitudinalidade.

No exame da longitudinalidade expõem-se as evidências da mútua relação entre médicos e usuários, próprias da APS – ou seja, os vínculos estabelecidos na construção do estado onde a satisfação de necessidades e desejos se encontra garantida, bem como a coordenação do cuidado e o compromisso da integralidade, neste nível da atenção.

De modo geral, a longitudinalidade é vista como a projeção de ações continuadas e da utilização ao longo do tempo de atenção à saúde, isto é, configura-se como uma relação entre população e a fonte de atenção, refletindo “uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde” (BRASIL, 2010a, p.9).

Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2002, p. 247).

Cunha (2009) realizou uma revisão conceitual sobre longitudinalidade/continuidade do cuidado. Afirma que na literatura especializada brasileira o termo longitudinalidade não é utilizado e que trabalhos avaliativos, com referência a Starfield, usam palavras como “vínculo” e “continuidade” em substituição à longitudinalidade. A autora afirma que estas opções podem restringir o significado do atributo da relação trabalhador-usuário na APS, e apresenta, assim, uma proposta de uso na literatura brasileira do termo “vínculo longitudinal”

como a “relação terapêutica entre pacientes e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e na utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (CUNHA, 2009, p. 66-7).

Alpert e Charney (1971 apud STARFIELD, 2002) consideram como essência da longitudinalidade a relação pessoal ao longo do tempo, ressaltando que ela é independente de tipo ou existência de problema de saúde entre um usuário e um médico ou equipe de médicos e profissionais não médicos. “Por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo” (STARFIELD, 2002, p. 248).

Adotando-se dito princípio, há um conjunto de resultados esperados: a) pacientes consultam menos; b) menor número de hospitalização; c) facilidade da observância da medicação prescrita; d) facilitação do reconhecimento de determinados tipos de problemas; e) médicos fazem mais diagnósticos precisos e não prescrevem tratamento se conhecem melhor o paciente; f) a identificação de uma fonte de longitudinalidade melhora a extensão na qual os pacientes completam o processo de encaminhamento, voltando ao médico que os encaminhou; g) a longitudinalidade está associada a uma satisfação aumentada por parte dos pacientes; h) ao longo do tempo, um senso de confiança no médico pode deixar os pacientes mais confortáveis para relatar informações relevantes e responder melhor às suas recomendações; i) médicos envolvidos em atenção longitudinal podem ser mais sensíveis a informações relativamente sutis que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente; j) pacientes que consultam mais vezes numa unidade de saúde durante um período de tempo têm maior probabilidade de receber a atenção preventiva indicada; l) as pessoas que possuem uma fonte de atenção primária apresentam maior probabilidade de manter suas consultas de revisão; m) as pessoas cuja atenção é longitudinal apresentam menos hospitalizações de emergência e períodos de hospitalização mais curtos, e n) a longitudinalidade da atenção também pode reduzir a probabilidade de maus resultados ao nascimento, especialmente baixo peso (STARFIELD, 2002).

A continuidade da atenção – os pacientes que consultam o mesmo profissional ou procuram a mesma unidade de saúde – poderia ser uma característica tanto da atenção primária quanto da especializada, afirma Starfield (2002). A autora considera que os médicos que desenvolvem uma relação positiva e próxima com os pacientes são mais capazes de

avaliar suas necessidades do que os médicos que não estão familiarizados com eles.

A medida da longitudinalidade tem como aspecto central o indivíduo capaz de identificar sua fonte de atenção primária assim como a fonte ser capaz de identificar sua população eletiva. Para a medição de uso ao longo do tempo é necessário um sistema de informação que documente para onde as pessoas se movimentam para obter atenção, o que nem sempre é possível de ser avaliado. Por isso, Freeman e Hjortdahl (1997 apud STARFIELD, 2002) sugerem a substituição da longitudinalidade “temporal” pela longitudinalidade “pessoal”.

A longitudinalidade temporal denota uma relação em um período longo de tempo, enquanto a longitudinalidade pessoal enfoca mais a força da relação entre pacientes e profissionais de saúde. É possível, na visão deles, ter uma relação de longa duração baseada num relacionamento ruim e que um bom relacionamento possa se desenvolver até mesmo em um curto período de tempo. Assim, parece mais razoável e apropriado avaliar a força do vínculo interpessoal entre as pessoas e sua fonte de atenção, o que pode ser determinado através de observação, fitas de áudio ou vídeo ou através de entrevistas (STARFIELD, 2002, p. 267).

Também de acordo com Starfield (2002), são possíveis duas abordagens para medir o desempenho do sistema de saúde na obtenção da longitudinalidade: o uso ao longo do tempo e a força da relação entre trabalhador da atenção primária e paciente. A primeira ocorre pela fonte habitual de atenção à população, por meio de cadastros, informações e prontuários. Porém, a falta de dados confiáveis, que aponte os locais aonde as pessoas procuram atenção, torna essa abordagem muito difícil de ser observada. O método alternativo é baseado nas características da inter-relação entre médico e paciente.

As características das relações entre atenção primária e paciente incluem a extensão do entendimento entre o profissional e o paciente, a tranquilidade dos pacientes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações, e quanto os pacientes sentem que seu profissional

está interessado neles como uma pessoa e não como alguém com um problema médico e que entende quais problemas são mais importantes para eles (STARFIELD, 2002, p. 277).

As relações de longa duração facilitam a efetividade na atenção primária e a interação entre paciente e profissional contribui para isso. A interação é a maneira através da qual o médico aprende sobre os problemas dos pacientes, mesmo que as maiores trocas ocorram no decorrer da consulta; é a profundidade e a amplitude do contexto que distinguem as interações da atenção primárias dos demais níveis. Trata-se, portanto, de uma colaboração de ambos os lados no processo de atenção médica. O paciente ao buscar atendimento expressa seus problemas e necessidades e o profissional responsável reconhece o problema e molda essas necessidades em um diagnóstico para a construção de um manejo a ser seguido. O paciente participa com seu entendimento das sugestões e recomendações, que, se apropriadas, terão sua aceitação. O profissional reavalia e determina se o problema está solucionado e ambos têm a oportunidade de procurar alternativas quando as recomendações não forem suficientes (STARFIELD, 2002).

A relação de longa duração que caracteriza a atenção primária será difícil de manter se uma das partes estiver desconfortável com sua consulta. Como muitos dos problemas que os pacientes trazem aos médicos de atenção primária são de causa ou prognóstico incerto, a relação deve estar forte o suficiente para tolerar a ambiguidade, pelo menos em alguns estágios no desenvolvimento dos problemas. Esta força é construída, em parte, sobre um livre fluxo de informações relevantes entre ambas as partes e sobre a conexão que oferece o contexto para a relação (STARFIELD, 2002, p. 293).

Outro princípio da APS, a integralidade, não é um termo utilizado na Constituição Federal, embora se trate de um dos princípios do SUS. O texto constitucional, por sua vez, considera apenas “atendimento integral” (BRASIL, 1988). De acordo com Mattos (2006), duas marcas são importantes para a reflexão dos sentidos atribuídos à integralidade: práticas e políticas. Ele defende a ideia de que a integralidade é uma “bandeira de luta” e, nas palavras do autor, “ela tenta falar de um

conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2006, p. 43).

De acordo com Mattos (2006), pode-se considerar três grandes conjuntos de sentidos do princípio da integralidade: 1) referente às práticas dos profissionais; 2) atributos da organização dos serviços, e 3) respostas governamentais aos problemas de saúde.

O primeiro refere-se às práticas dos profissionais com atitudes frente aos usuários, sem fragmentação. É uma postura que transcende os limites anatomopatológicos. O segundo conjunto de sentidos da integralidade está ligado à organização do trabalho nos serviços de saúde e refere-se aos programas integrais, relacionados ao modo de organizar a prática, não mais focados na atitude, mas na organização do processo de trabalho otimizando o impacto epidemiológico. No Brasil, por exemplo, na década de 1970, dentro do Sistema Nacional de Saúde (SNS), existia uma grande fragmentação; assim, tratou-se de buscar a destituição de modelos dicotômicos e “hospitalocêntricos” e superar essa fragmentação nas atividades dos serviços. A articulação de práticas de saúde, atrelada à noção de integralidade, exigia uma “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. A epidemiologia, disciplina entendida como capaz de apreender as necessidades de saúde da população, adquire importância, conforme veremos mais adiante. Ao mesmo tempo, este processo marca uma concepção de programação e organização do processo de trabalho pensadas a partir de uma população-alvo, a fim de abrandar o impacto epidemiológico.

Outro conjunto de sentidos da integralidade está associado à configuração de políticas específicas que Mattos (2006), em vez de programas, chama de políticas especiais. Para o autor, “são políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional” (MATTOS, 2006, p. 59). Neste, o sentido é um atributo das respostas governamentais a determinados problemas de saúde.

É fato que muitas das respostas governamentais a certos problemas de saúde assumiram (e assumem) formas denominadas programas, e os tradicionais programas verticais exemplificam isso. Contudo, neste trabalho reservamos o termo *programa* a um conjunto de ações organizadas

com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto, orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente (MATTOS, 2006, p. 60, grifo do autor).

O autor utiliza como exemplo o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do MS, que contou com o movimento feminista no Brasil na sua elaboração. Os problemas relacionados à saúde da mulher eram tratados de forma reducionista, sem levar em consideração as diversas formas de dominação existentes, os contextos culturais; além disso, as respostas governamentais eram limitadas, sem atingir as especificidades do adoecimento da mulher, apreendendo-a num grupo prioritário materno-infantil por sua função reprodutora. A luta do movimento feminista se dirigia contra o reducionismo de considerar a mulher apenas conectada à sua função de se tornar mãe. Na concepção desses movimentos dever-se-ia pensar a partir da perspectiva da vida da mulher, considerando, inclusive, a maternidade. Existem outros exemplos da resposta governamental brasileira na busca de soluções em diversos grupos, respeitando suas especificidades (MATTOS, 2006).

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (MATTOS, 2006, p. 63).

A partir desta noção ampliada de integralidade, pode-se compreender o PMM como um Programa que emerge como uma proposição e implantação de uma política de governo, pela ampliação da cobertura da assistência médica e, ao mesmo tempo, na busca do cuidado na sua forma mais abrangente, colocando em análise a figura central nessa forma de organização, o médico, frente suas práticas e a potência da produção de vínculos com os usuários.

Assim, a discussão sobre a APS e suas estratégias de operacionalização contribui para refletir sobre a produção de vínculos entre médico e usuário. A conexão e descrição da APS esclarece uma

questão primordial: a possibilidade de se produzir vínculos dentro de um contexto específico do SUS. Voltaremos a esta discussão em diferentes momentos deste estudo, a fim de colocar em análise elementos que se aproximam com o cuidado em saúde, centrado no tema do vínculo e suas relações com sujeitos, subjetividades e práticas. Antes, acreditamos ser necessário considerar fatos e marcos temporais importantes na história recente da constituição deste programa governamental específico dentro das políticas compensatórias vigentes.

2.4 Mais Médicos para o Brasil: um programa em questão

“Agora o médico vai virar trabalhador?”
pergunta de uma médica em conversa sobre o PMM

Os projetos e propostas governamentais podem ser traduzidos em “programas” públicos de saúde. Para sua existência e permanência ao longo do tempo, muitos programas sofrem transformações. Às vezes, o conjunto de ações desenvolvidas propicia impacto positivo no cenário nacional, enquanto outras sucumbem. O conglomerado de formulações abarca interferências políticas, econômicas, sociais, culturais e acarreta acúmulo e experiência para outras propostas. Trata-se de um desafio repetitivo em formular e operar mudanças nas ações humanas, especialmente as relacionadas à vida comunitária. Tenta-se constituir um alinhamento entre demanda da população, gestão em saúde, instituições de ensino e a atenção exercida pelos trabalhadores de saúde com “programas”, nem sempre coerentes, em um sistema de saúde que se propõe único. Recuperando e percorrendo os programas apresentados na sequência, pode-se perceber a heterogeneidade das políticas de saúde e educação, além das experiências em constituir um modo de agir em saúde com suas contradições, aproximações e seus consensos mínimos.

As políticas voltadas à indução, provimento e fixação de profissionais na APS possuem diversos mecanismos que vão desde propostas voluntárias até articulações com incentivos: bolsa com auxílio alimentação, moradia, créditos educativos, ingressos em especialidades ou bolsas de pós-graduação, entre outros. No Brasil, a fim de suprir a escassez de profissionais para a atuação em localidades com carência de atenção à saúde, foram realizadas iniciativas, como, por exemplo, o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único

de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (MACIEL FILHO, 2007; CARVALHO, 2013).

O aumento gradual de cobertura da APS em municípios brasileiros, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela Atenção Básica no modelo “tradicional”, pode ser observado acessando fontes e informações disponibilizadas pelo governo federal, bem como por meio de pesquisas que revelam que a ESF é um importante agente de equidade em saúde, e que seu aumento na cobertura e abrangência é exitoso em todo o país (MALTA et al., 2016). Deve-se considerar, de acordo com Sampaio, Mendonça e Lermen Junior (2012), que a APS no Brasil possui especificidades tais como a presença de equipes multidisciplinares e a responsabilização dos trabalhadores por uma população dentro de um território definido.

A noção de cobertura em saúde da família está atrelada à abrangência de um determinado serviço a um território populacional específico, por meio da estimativa da população residente e a definição do número de equipes que atuam em áreas mapeadas (BRASIL, 2012). A forma natural de calcular a cobertura seria a proporção de pessoas cadastradas entre as pessoas residentes. O MS propõe essa forma de cálculo porque o número registrado de pessoas cadastradas tem pouca precisão. A PNAB estimula a expansão de ações em áreas e populações de maior necessidade, reconhecendo a diversidade de formatos existentes tanto de equipes quanto de territórios de saúde. Nela são criados programas para fortalecer a proposta de saúde “mais perto de você”, ou seja, territorializada e regionalizada conforme as características de cada região.

Em 2011, por exemplo, ocorreram importantes mudanças no cenário nacional da saúde pública, com o incentivo a programas como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Ambos representam estratégias de provisão de médicos, enfermeiros e odontólogos nas eSFs e qualificação do cuidado ofertado à população. O aumento do número de postos de trabalho teve expansão pela cobertura assistencial da Atenção Básica, que tornou a temática estratégica para o provimento e fixação de profissionais de saúde (CARVALHO; SOUSA, 2013).

O MS, juntamente com o MEC, tem investido num conjunto de medidas com propostas de qualificação, ampliação e fixação de profissionais e equipes, com recursos e incentivos financeiros tais como o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES);

revisão do processo de revalidação de diplomas no Brasil (REVALIDA); ampliação da oferta de vagas de cursos de medicina em localidades com rede de atenção estruturada, expansão de residências médicas como estratégia de fixação e formação de médicos no sistema (CARVALHO; SOUSA, 2013), além de outras medidas, como a Coordenação da Qualificação da Atenção Básica (COQUAB), Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED), ambos no começo da década de 2000, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), estas mais recentes, além de especializações na área de Saúde da Família através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Todos estes “programas” que fomentaram a interface entre as políticas de educação e saúde demonstram o quanto se investiu nestas áreas nas últimas duas décadas. Inclusive, em 2014, com novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina, a fim de se induzir a uma formação em medicina correlacionada ao SUS, privilegiando a noção de comunidade e o território como espaços importantes de formação em saúde (BRASIL, 2014).

As novas DCNs procuram impulsionar a formação de profissionais médicos para atuarem no SUS. Trata-se de profunda transformação envolvendo a correlação entre cenários e sujeitos, implicando as ampliações das ações e atuações destes com ênfase nos princípios da APS. Assim, transcender-se-á dos seis anos de graduação em medicina, pois além dos médicos formados, há necessidade de corpo docente e a rede de serviços de saúde criar uma integração e alinhamentos das demandas e operacionalizações necessárias para o desenvolvimento dessas novas diretrizes.

Registre-se que a indução, o provimento e fixação de trabalhadores médicos na ESF também aumentou sobremaneira a partir do Programa Mais Médicos, sobretudo com a carência e as dificuldades da atuação de médicos no SUS, notadamente nos serviços de atenção básica no país. O próprio CFM considera que a escassez e as disparidades regionais de concentração de médicos deveria ser uma agenda política a ser trabalhada para a construção de medidas indutoras na disponibilização de médicos nos “vazios sanitários”. De acordo com

o CFM (2013), o país não teria uma tradição de produzir estatísticas e constatações numéricas confiáveis, pois

A consequência mais grave da ausência de dados e de informações validadas seria a adoção de uma política de demografia médica guiada por objetivos imediatistas pautados na duração de mandatos dos governantes, nas visões corporativas da categoria médica e nas motivações financeiras do setor privado da educação e da saúde (CFM, 2013, p.12).

O problema da “falta de médicos” no Brasil não era concebido como legítimo pelas entidades médicas, todavia a desejada “agenda política” não representou um movimento de mudança do tema do trabalho médico no SUS. Pelo contrário, com o advento do Programa Mais Médicos as entidades assumiram uma posição contrária à modalidade proposta pelo governo federal.

Gomes (2016) sustenta que a questão da gestão do SUS não teve tanta ênfase quanto à qualidade de médicos de outros países, levando em consideração que as entidades médicas frisavam que a distribuição iníqua seria fruto da ausência de políticas e não da quantidade insuficiente de médicos.

A fim de contextualizar a insuficiência de médicos no país (MACIEL FILHO, 2007; GIRARDI, 2009; CARVALHO; SOUSA, 2013, SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), sem a pretensão de esgotar a questão, apresentam-se, a seguir, alguns apontamentos.

Em 2013, por meio do projeto “Demografia Médica no Brasil” o Conselho Federal de Medicina (CFM) coletou, analisou e apresentou informações para colaborar com o debate sobre a inserção, distribuição e exercício profissional de médicos no país.

De acordo com o estudo, o número de médicos em atividade no Brasil (até outubro de 2012) era de 388.015, sendo 180.136 generalistas e 207.879 especialistas (CFM, 2013). Vale esclarecer que existe distinção entre “médico generalista” e “médico especialista”, conforme possua ou não titulação oficial ou residência médica.

No mesmo ano, havia 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil, sendo seis especialidades gerais (ou básicas), com o seguinte número de profissionais: Cirurgia Geral (22.276), Clínica Médica (21.890), Ginecologia e Obstetrícia (25.032), Medicina de Família e Comunidade (MFC) (3.252 médicos) e Medicina Preventiva e Social

(1.393). Estas duas últimas especialidades, em número de profissionais expressivamente inferior às anteriores. Ambas as especialidades se dedicam prioritariamente ao atendimento à população com poucos recursos financeiros.

O número de médicos generalistas por habitante (100.000), de acordo com o estudo, seria de 92,87, e o número de especialistas por habitante (100.000) seria 107,17. Assim, conforme levantamento do CFM, considerou-se que o número de médicos registrados no Brasil, neste período de 2013, atingiria a taxa de 2,0 profissionais por 1.000 habitantes. O estudo projetou que

A razão médico-habitante no Brasil alcançará um patamar muito acima do atual, mesmo sem a adoção de medidas excepcionais, como a abertura de mais cursos de medicina, a flexibilização de regras de revalidação de diplomas obtidos no exterior e a facilitação da entrada de médicos estrangeiros (CFM, 2013, p. 164).

O estudo também apontou pequeno número de registro de médicos com graduação no exterior. Apenas 1,87%, em 2013, do total de médicos, em sua maioria, brasileiros que estudaram fora do país e regressaram, todos submetidos à exigência legal de realizar um exame de revalidação do diploma em uma instituição de ensino e vinculação a algum CRM.

O documento também identificou as lacunas e as concentrações de médicos por regiões, bem como a existência de desequilíbrios nas distribuições geográficas e carência de médicos. Especificamente, do trabalho do médico no SUS, considerou:

Pelas informações apuradas pela Demografia Médica, ainda que subestimadas (de que 55% dos médicos trabalham no SUS) pode-se supor que é insuficiente o contingente de médicos para atender o sistema público de caráter universal, ao mesmo tempo em que há indícios do aumento da concentração de médicos a favor do setor privado da saúde (CFM, 2013, p. 165).

O mesmo estudo, na edição de 2015, na introdução elaborada pelos organizadores já apontava o seguinte contexto:

A evolução do sistema de saúde brasileiro, com maior oferta de postos de trabalho médico e maior demanda de necessidades de saúde, acompanhadas da expansão de vagas de graduação em medicina, explica o aumento do número de médicos no Brasil ao longo dos anos. Este crescimento, no entanto, não beneficiou a população de forma homogênea (CFM, 2015, p. 10).

Nesta nova edição, consultou-se os bancos de dados dos 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRM); o CFM; a base de dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); a base de dados da Associação Médica Brasileira (AMB) e a base de dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com a pesquisa, o número de médicos em atividade no país, até outubro de 2015, era de 399.692. Ou seja, em 02 anos registrou-se um aumento de 11.677 novos médicos. Conforme números coletados em 2014, os médicos generalistas somavam 159.341 (41%), uma redução de 20.795 em relação aos números de 2013, e 228.862 (59%) especialistas, representando um aumento de 20.983 em relação aos números de 2013. Convém destacar que dos 64.192 (22%) especialistas médicos alguns possuíam duas ou mais especialidades (CFM, 2015).

Manteve-se a distribuição de 53 especialidades médicas no país, entre as quais seis especialidades correspondem a 49% do total de especialistas: Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia e Cardiologia. As seis especialidades consideradas básicas ou gerais concentram 40,3% do total de especialistas: Cirurgia Geral (29.200), aumento de 6.921, Clínica Médica (35.060), aumento de 13.170, Ginecologia e Obstetrícia (28.280), aumento de 3.248, MFC (4.022), aumento de 770, e Medicina Preventiva e Social (1.790), aumento de 398.

Assim, os estudos evidenciam o exacerbado aumento da especialidade Clínica Médica comparativamente com MFC, destacando que a Clínica Médica é exigência (pré-requisito) para ingresso nas outras 12 especialidades clínicas, como áreas cirúrgicas, diferentemente da MFC, cujo acesso é direto (CFM, 2015).

No estudo de 2015, nas considerações finais houve destaque em relação a alguns aspectos tais como a desigualdade na distribuição de

médicos no Brasil; a feminização da profissão; a multiplicidade de vínculos de trabalho; a atuação exclusiva no sistema público de saúde de dois a cada dez médicos e a indicação da insuficiência de médicos para efetivação da APS.

Diante de muitas disputas políticas, debates jurídicos, divergências ideológicas e críticas oriundas de entidades médicas tais como a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional de Médicos (FENAN) e do próprio CFM relacionadas ao PMM, estruturou-se um cenário onde se equalizam as diferenças de opiniões e discursos sobre a indução do provimento médico representado pelo PMM e dos avanços e/ou retrocessos ocasionados no SUS.

Com efeito, o PMM também estimulou discussões de extrema relevância política e social das definições de modelos de atenção e gestão em saúde, bem como na formação acadêmica, pois suscitou questões referentes ao acesso, à qualidade e à formação à saúde pública no Brasil, especialmente a formação médica.

No contexto do surgimento do PMM, a deficiência identificada pelos gestores públicos municipais e pela população adquiriu visibilidade nacional, impondo como prioridade para o Governo Federal a discrepância entre as situações reais enfrentadas pela escassez de profissionais médicos para atuar em regiões pobres e remotas.

Entretanto, entidades médicas contestaram a iniciativa, afirmando que as emergências hospitalares continuavam lotadas, faltavam leitos, questionavam a qualidade dos atendimentos oferecidos⁹ e a ampliação de novos cursos de medicina (VIDALE, 2015). Resistente às propostas da Lei 12.871, o CFM cobra, de maneira geral, uma “avaliação” da qualidade dos médicos vinculados ao PMM, sobretudo os médicos cubanos atuantes nos serviços da atenção básica.

Conforme informações disponibilizadas pelo MS, no ano de 2015, o Brasil contava com 37.064 equipes de Saúde de Família (eSF)¹⁰ atendendo uma população de 115.689.533 habitantes, o que

⁹ Nota do Conselho Federal de Medicina contra a importação de médicos cubanos. Publicado em 21.08.2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitorea-e-irresponsavel&catid=3> Acesso em: 03.10.2014.

¹⁰ Uma equipe conta, além do médico, com enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

corresponderia a uma cobertura de 57,54%, distribuídas em 5570 municípios. Ou seja, ainda haveria uma insuficiência territorial de 42,46% de equipes voltas para o cuidado, isto sem contar o número de equipes sem médicos¹¹. Além disso, considerando-se uma quantidade insuficiente de médicos, na proporção de 1,8 médicos para 1.000 habitantes (BRASIL, 2015), diferentemente dos dados apresentados pelo CFM.

Tais informações e características sobre a formação e o trabalho médico retratam a dificuldade de parceria e ações conjuntas entre entidades médicas e governo federal no que se refere ao acesso à atenção médica no SUS. Especialmente, a escassez de trabalhadores dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Resumidamente, os dados servem de subsídios para nortear as investigações e as necessidades de ampliação de atenção à saúde no país. Sobretudo, as particularidades e características inerentes ao trabalho e cuidado em saúde, que ganhou notoriedade com os médicos estrangeiros do PMM, em virtude do escasso interesse de médicos brasileiros para atuação na ESF.

Entre as lacunas identificadas no cenário de saúde, a ausência ou a insuficiência do acesso aos cuidados médicos à população brasileira ganharam maior visibilidade.

Inicialmente, o que se induziu com o PMM foi a chegada de muitos médicos cubanos para atuarem nos serviços de APS no país, ampliando a cobertura de assistência médica no território nacional (MOLINA et al., 2014).

Na primeira fase do PMM, médicos de mais de 40 países aportaram no Brasil. Aproximadamente 85% das vagas dos municípios ocupadas por esses estrangeiros eram de cubanos, a partir da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹² (BRASIL,

¹¹ Portal da Saúde – Sala de Apoio a Gestão Estratégica (Sage). Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 07.12.2015. Deve-se levar em consideração que os dados apresentados são dinâmicos, por isso, optou-se em apresentar informações até o ano de 2015, já que os dados oferecidos pelo CFM também datam deste mesmo ano. Todos os cidadãos podem acompanhar, fiscalizar e realizar o exercício do controle social sobre diversas informações de saúde do Brasil através deste site.

¹² A APS no Brasil e os organismos internacionais de fomento financeiro e cooperação técnica, como a OPAS, têm, nas últimas décadas, contribuído com o surgimento de propostas políticas de reforma dos sistemas de saúde (GOULART, 2010).

2015). Muitos destes profissionais cubanos foram alocados em municípios do interior do Brasil e periferias das grandes cidades.

O PMM possibilitou prover os vazios identificados com mais de 18.000 mil médicos atuando em eSF em todo Brasil, com aproximadamente 11.000 médicos cubanos (MOLINA et al., 2014). Conforme dados do CFM (2015), o número de médicos recém-formados no Brasil é significativamente crescente, por exemplo, em 2013, 19.359 tiveram seu primeiro registro nos Conselhos Regionais de Medicina, enquanto em 2014, 20.799 obtiveram seus registros. Assim, a cada ano, novos médicos são formados em escolas médicas brasileiras e não obstante, subsiste a necessidade de “importar” profissionais médicos estrangeiros para atender a evolução da demanda e das necessidades crescentes da população. É inquietante pensar que um país, com as dimensões de Cuba, “exporta” um número considerável de seus trabalhadores para outro país. Assim sendo, há um importante investimento na formação médica e uma excelente cobertura de atenção à saúde da população, já que tem à disposição médicos para atuação fora de seu território geográfico.

Cuba é uma ilha localizada na América Central, sendo a 16ª maior ilha do mundo. É formada de 169 municípios, dividida em catorze províncias, além de um município especial (ilha da Juventude). Tem como capital Havana. A população é de aproximadamente 11 milhões de pessoas. “Na República de Cuba vigora o sistema socialista de economia, baseado na propriedade socialista de todo o povo sobre os meios de produção e na supressão da exploração do homem pelo homem” (CEBES, 1984, p. 28). Possui um sistema nacional de saúde universal, considerado um modelo exitoso e o governo cubano tem oferecido colaboração em muitos países para o desenvolvimento do modelo de atenção médica familiar e comunitária (SINTES, 2008).

Desde 1962, os cubanos realizam missões de solidariedade no cuidado à saúde de populações com a colaboração de médicos. Até o ano de 2011, aproximadamente 132 mil cubanos já haviam participado destas missões internacionalistas, em mais de 100 países.

Cuba recebe muitos estudantes estrangeiros, já tendo formado dezenas de milhares de médicos de mais de 120 países (MARIMÓN TORRES; MARTÍNEZ CRUZ, 2010). Convém destacar que Cuba conta com um programa de médico e enfermeira de família, o médico familiar e comunitário é denominado especialista em “Medicina Geral Integral”, o que no Brasil corresponderia ao médico com especialidade em MFC (SÁNCHEZ SANTOS, 2001). No Brasil, de acordo com

Goulart (2010), a presença de médicos cubanos na cooperação técnica tem como exemplo as ações e atividades realizadas a partir de 1991, no município de Niterói/RJ, com a implantação do Programa Médico de Família. Essa experiência do projeto de Niterói tem forte influência na criação do PSF nacional, implantado três anos depois.

A seu turno, o MS aponta como resultado da inserção desses profissionais do PMM, aumento no volume de consultas, diminuição no número de internações, além de incentivar a construção de novos pólos de graduação em medicina (BRASIL, 2015a). No âmbito macropolítico, as controvérsias integram o processo da própria reflexão do contexto do PMM, que atingem as dimensões política, social, cultural, econômica, assistencial, entre outras. Já no que concerne à micropolítica, parte do processo ocorre com poucas evidências, pois um elemento como o vínculo que decorre do encontro entre um médico comprometido com uma prática “qualificada” e um usuário “disposto” a se envolver nesta prática. Tal dimensão, parece-nos, merece uma pesquisa detalhada.

Neste contexto, a partir da estratégia governamental do PMM, a questão do trabalho do médico nas eSFs, especialmente no que tange ao número expressivo de médicos cubanos, prestando serviços para suprir a demanda de muitos municípios do Brasil (MOLINA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015) parece-nos relevante e merece ser analisada com maior ênfase. Principalmente no que se refere à interface das relações estabelecidas entre a população e os médicos.

Portanto, ao colocar em contato estes sujeitos no SUS, especialmente onde o acesso era inexpressivo ou inexistente, aposta-se num encontro que afete o processo do cuidado em saúde e a produção de vínculos estabelecidas entre ambos. Simultaneamente, permite-se que “qualquer” usuário possa colocar em análise o trabalho do profissional médico como categoria profissional dotada de prestígio social e reconhecimento da sua importância para a manutenção da vida, e detentora de centralidade nas unidades de saúde do SUS. Para Machado (1997), a medicina tem prerrogativas monopolistas na disputa de mercado de serviços especializados. Ao longo de sua história, suas alianças com o Estado e com a elite conceberam um projeto profissional bem-sucedido. Por assim dizer, o acesso aos médicos, por intermédio do PMM, coloca em evidência a própria categoria médica amplamente considerada ainda que a especificidade da atuação destes trabalhadores não seja em serviços de especialidades médicas (hospitais, ambulatorios, emergências etc.).

A partir de 2013, portanto, a superexposição da atuação médica no Brasil relacionada à questão da necessidade de ampliação ou não do número de médicos no país, sobretudo com o provimento de médicos estrangeiros para atuação no SUS, amplificou o debate sobre a falta de médicos – o que já era sentido pela população –, porém restrito às discussões de especialistas da área de gestão e planejamento em saúde. Gomes (2016) nos apresenta uma análise minuciosa e profunda da “configuração política da categoria médica no Brasil”, designando a atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que se organiza por fora delas.

A própria pesquisa realizada pelo CFM corrobora algumas questões, como o acesso aos cuidados médicos em determinadas regiões, e sugere que a grande movimentação dos médicos formados está dirigida para a fixação em grandes centros, não necessariamente conectada à localização do curso de medicina como um fator determinante para fixação. Outra constatação é a concentração de médicos acompanhada da existência de serviços de saúde e de outros profissionais, especialmente enfermeiros e dentistas.

Maciel Filho (2007) considera que estratégias pontuais de interiorização, como no Brasil e outros países da América Latina, não são eficazes para o enfrentamento da má distribuição e fixação de médicos. Afirma que para enfrentar essa situação é necessária a integração da temática relacionada à agenda do Estado, num trânsito entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, levando em consideração um plano de desenvolvimento econômico e social do país.

O problema da má distribuição de médicos, no Brasil e no exterior, não é um fenômeno cíclico. Diagnósticos, em todo o mundo, acerca da má distribuição, são antigos e permanentes, e cada país tem tentado minimizar o problema de acordo com sua realidade política, econômica e social (MACIEL FILHO, 2007, p. 231).

Assim, as políticas e programas de provimento e fixação de médicos, bem como a quantidade de médicos no país, configuram um debate há pelo menos três décadas. A tônica do debate centra-se na defesa das entidades médicas de que o número de escolas médicas cresceu demasiadamente, provocando uma ampliação na quantidade de profissionais descompassada com o crescimento da população

(DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993; MACHADO, 1997; FERLA, 2007; FEUERWERKER, 2014). De acordo com a AMB, a distribuição iníqua de médicos no território nacional não seria pelo número escasso destes profissionais, mas sim pela falta de políticas apropriadas de “recursos humanos” no SUS, como já apontamos anteriormente.

Na revista *Medicina* (edição de novembro, 2011), o CFM se posiciona criticamente em relação às considerações dos governantes de que a solução do problema do provimento de médicos seria a ampliação de vagas de graduação e a revalidação de diplomas de médicos formados no exterior, alegando que os médicos se tornariam bode expiatório e culpados pela falta de assistência (GOMES, 2016).

Não deve ser por acaso que o CFM tenha publicado três volumes (2011, 2013 e 2015) de estudos sobre a “Demografia Médica do Brasil”; certamente, o intuito foi um esboçar um posicionamento sobre a questão da indução, provimento e fixação de médico. Chama atenção o destaque realizado por Gomes (2016) de que a pesquisa coordenada por Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, poderia ser interpretada como uma reedição da pesquisa “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade”, coordenada por Maria Helena Machado, financiada e apoiada pelo CFM (MACHADO, 1997). A produção do CFM, edição 2015, também chama a atenção quando sugere que a obra seja citada com o nome do coordenador e sua equipe de pesquisa, possivelmente como estratégia de valorizar a “cientificidade” dos resultados obtidos, sem vincular ideológica e politicamente a entidade médica.

Entretanto, em meio a um cenário conturbado e de disputas, o Programa Mais Médicos para o Brasil, mais um programa governamental ousado, com a marca de um governo “de esquerda”, entra em vigor com a Lei Federal nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Essa Lei, como apontado anteriormente, movimenta o tema dos “recursos humanos” da área médica no SUS.

Entre os alvos (des)conhecidos da discussão do PMM, o “destaque” incidiu sobre os médicos estrangeiros (na maioria cubanos), o confronto à política e à gestão em saúde governamental e entidades médicas, especialmente centrado na controvérsia da “qualidade” dos médicos cubanos e a capacidade do país em ter médicos o suficiente para a atenção à população. No entanto, a questão do provimento de médicos brasileiros está em parte submersa neste grande “iceberg” do mercado de trabalho médico. Um elemento que serve de evidência é o

número de ofertas em concursos e seleções públicas por médicos para a APS, geralmente com poucos inscritos. Além disso, serviços de ESF de municípios de pequeno (e por vezes médio) porte absorvem recém-formados interessados na remuneração e carga horária do trabalho, que transitoriamente se utilizam desses locais por curtos períodos.

O mercado de trabalho pode ser visto como um elemento implicitamente tangencial ao PMM, pois sutilmente desacomoda as entidades médicas e impulsiona para a defesa/reserva de mercado, pois a atuação dos médicos estrangeiros é dentro de um espaço de “propriedade” do médico brasileiro.

Isto porque como se nota em pesquisa recente (CFM, 2015), os maiores rendimentos estão relacionados aos médicos com título de especialidade, atuação no setor privado e com dois vínculos empregatícios. Assim, é possível inferir que o vínculo na ESF, dada a carga horária pouco flexível de 40 horas semanais e as próprias condições de trabalho, o torna menos “atrativo”. Na prática médica, o desejo de alcançar um patamar de rendimentos compatíveis com o investimento e esforço durante a formação médica impulsiona os médicos a se organizarem, articularem-se e se movimentarem, assinala Feuerwerker (2014).

Três dados apresentados na pesquisa do CFM (2015), ajudam a compreender que o tema do provimento médico e a vinda de médicos estrangeiros para atuarem no Brasil seriam somente a “ponta do *iceberg*“. Vejamos as informações da pesquisa: 1) a atuação dos médicos brasileiros está mesclada nos setores públicos e privado do sistema de saúde, porém, predominantemente, no setor privado, e, simultaneamente, médicos com múltiplos vínculos de trabalho, isto é, esses médicos não conseguiriam realizar um acompanhamento longitudinal; 2) ainda que os médicos do setor público ocupem os serviços da APS (ESFs e UBSs), o setor público hospitalar tem maior porcentagem do trabalho dos médicos, traduzindo a superioridade numérica das especialidades médicas, isto é, uma baixa adesão de médicos aos serviços dos cuidados essenciais a população, e 3) o reconhecimento da existência de diferenças de remuneração entre médicos generalistas e especialistas, ou seja, a valorização de especialidades médicas para atender às especificidades da população.

Na maioria dos países, a remuneração dos especialistas é mais elevada e cresce mais rapidamente que a dos generalistas. Mas também

há grande variação na remuneração entre as várias especialidades, quando comparados os países. Além da vantagem financeira, prestígio do título, melhores condições de trabalho, e grande oferta de postos de trabalho no setor privado explicam, em parte, o crescimento do número de especialistas. Preocupados com o risco de escassez de médicos generalistas, essenciais em sistemas de saúde ordenados a partir da atenção primária, alguns países têm regulado a formação de especialistas, priorizando determinadas especialidades (CFM, 2015, p. 86).

O movimento de “regulação” e “ordenamento” das especialidades médicas ainda não existe de forma integral no Brasil. Um dos efeitos que provocou outra polêmica entre entidades médicas e governo foi o Cadastro Nacional de Especialistas. Induzido pela Lei dos Mais Médicos, este cadastro deveria integrar informações de diferentes fontes e sistemas de informação sobre o número de médicos, sua especialidade, formação acadêmica, área de atuação e distribuição no território nacional (BRASIL, 2015b). Assim, diferentes fontes, como a CNRM, o CFM, a AMB, o MEC e IES, poderiam, de modo exequível, subsidiar um planejamento da formação de “recursos humanos” na área médica no SUS¹³.

De modo geral, os objetivos do PMM estão relacionados à inserção, formação, aperfeiçoamento e fortalecimento de médicos na atuação nas políticas públicas de saúde do país. Isto é, prover profissionais médicos na APS em um país continental com as dificuldades de acesso à saúde de sua população e, ainda, investir na ampliação e qualificação na formação médica para construção de políticas públicas, tanto no que diz respeito à graduação quanto à residência médica.

A Lei do “Mais Médicos” tem como perspectiva a diminuição da carência de médicos em regiões com maior necessidade e menor acesso

¹³ Nota digna de ilustração e sujeita a cair no esquecimento. Em 2015, foi anunciada pelo governo federal uma proposta – o Programa “Mais Especialidades” – com o objetivo de suprir a carência de médicos especialistas para regiões e populações desassistidas. Todavia, a proposta não teve execução, mostrando a dificuldade na articulação entre governo federal e entidades médicas, sobretudo especialidades médicas, na atuação junto às demandas e serviços no SUS.

para fortalecer a oferta de serviços de Atenção Básica. A evidência desta afirmativa é o número de médicos diplomados no exterior, que vieram ocupar vagas não preenchidas por diplomados no Brasil, ingressando nas áreas prioritárias das demandas do SUS, isto é, periferias das grandes cidades e municípios do interior.

Além disso, propõe-se a aprimorar a formação médica no país e ampliar a inserção do médico em formação, nas unidades e equipamentos do SUS. O PMM considera como necessário o fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço, além de estimular a produção de pesquisas aplicadas ao SUS. Também pretende aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde e promover trocas de conhecimentos e experiências entre trabalhadores da saúde do Brasil e médicos formados em instituições estrangeiras (BRASIL, 2013a).

Tais objetivos revelam as profundas mudanças almeçadas pelos atores envolvidos direta e indiretamente no acesso e no cuidado com a população brasileira, especialmente por uma política pública que versa sobre modificações nas formulações sociais e históricas como uma distribuição desigual e desproporcional de médicos por habitantes para atender às necessidades da população brasileira (PINTO et al., 2014).

O MS considera que: (1) a proporção de médicos por habitantes é muito menor do que as necessidades da população brasileira; (2) há menos médicos formados no país do que os empregos nos setores públicos e privados oferecidos, e (3) a atuação de médicos graduados no exterior no Brasil tem regras restritivas. Assim, o MS aposta no PMM como uma grande ferramenta para o avanço do provimento de médicos nos serviços de Atenção Básica em áreas com ampla necessidade (BRASIL, 2015a).

Neste contexto, convém apresentar o processo histórico relacionado à criação do PMM para compreender a correlação de algumas forças existentes para o enfrentamento dos desafios citados.

Em 2011, dentro de uma conjuntura de identificação do “déficit de provimento de profissionais” um problema prioritário para enfrentar de acordo com o MS, foram realizados eventos e debates para discussão do tema. De acordo com Pinto et al. (2014), duas propostas foram concretizadas para a solução desta questão: 1) a regulamentação da Lei nº 12.202/10, com o apoio financeiro do programa do FIES, e 2) o PROVAB, programa para atrair médicos para atuarem no SUS. “Ambos os processos tiveram efeitos no provimento de médicos para a AB, mas em quantidade inferior àquilo que o sistema demandava” (PINTO et al.,

2014, p. 107). Os desafios relacionados ao provimento, expansão e qualificação de médicos no país, de acordo com a perspectiva do MS, continuaram entre os anos de 2011 e 2013, conforme a linha do tempo (SALES, 2014), apresentada a seguir.

Em 2011: I) MS ressalta o déficit de médicos (janeiro); II) MS promove Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade (abril); III) descontos nas dívidas do FIES para profissionais que trabalhem em locais prioritários para o SUS (junho); IV) portaria define municípios prioritários para médicos do FIES (agosto); V) instituído o PROVAB (setembro), e VI) Pró-Residência autoriza quatro mil bolsas de residência médica (novembro).

Em 2012: I) PROVAB inicia com 381 médicos alocados em 205 municípios (março); II) previsão de abertura de 2,4 mil vagas no curso de medicina (junho); III) Portaria GM/MS para o incentivo ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários com apoio técnico e financeiro do MS, com investimento de R\$ 29 milhões em projetos de planos de carreira (novembro).

Em 2013: I) “*Cadê o médico?*” Apelo feito no Encontro Nacional dos Prefeitos. Análise conjunta entre MS e MEC sobre a experiência de outros países na atração de médicos para o interior e periferia das grandes cidades (janeiro); II) PROVAB passa a ter 3.800 médicos alocados em 1.300 municípios (março); III) reunião com Espanha e Portugal na Assembleia Anual da OMS para avaliar a possibilidade de intercâmbio (abril e maio); IV) lançado o Programa Mais Médicos para o Brasil, com a chamada para médicos atuarem na atenção básica, em áreas remotas e periferias de grandes cidades, além da ampliação de 11,5 mil vagas de graduação em medicina, 12,4 mil novas vagas de residência e a criação do segundo ciclo na graduação de medicina (julho); V) III Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde (novembro).

Pode-se dizer que a criação do Programa “Mais Médicos” como um “programa” de governo tem diferentes interferências em sua constituição. Dentre elas, gostaríamos de destacar duas: reivindicações manifestas pela “Frente Nacional de Prefeitos” (FNP) por meio de um abaixo-assinado entregue ao Governo Federal para a solução da falta de médicos na rede pública de saúde – o movimento, ocorrido no mês de janeiro de 2013, ficou conhecido como “*Cadê o médico?*” (BRASIL, 2015a) e as manifestações sociais de junho de 2013 ocorridas em muitas cidades do Brasil, inicialmente protestos pelo aumento das tarifas do

transporte público, em seguida, com a ampliação do apoio popular, com reivindicações em diferentes áreas, dentre elas, a saúde. Embora considere-se manifesto o desejo do governo federal de solucionar os problemas do acesso à população ao cuidado médico, esses dois acontecimentos expõem a interposição latente de movimentos de “fora” do governo, isto é, indivíduos não pertencentes à instância de gestão, interessados em ações na modificação da realidade do acesso e da qualidade em saúde.

Em oito de julho de 2013, a presidente Dilma Rousseff promulgou o PMM por meio de uma Medida Provisória (MP nº 621/2013). Posteriormente, a MP é convertida na Lei nº 12.871, promulgada em outubro do ano em questão, “[...] com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2015a, p. 113).

Estes são alguns dos elementos mais “visíveis” sobre a origem da proposta. Contudo, pode haver outros fatos que também marcaram a implementação deste programa. É relevante destacar que o PMM adquiriu maior visibilidade pública pelo provimento emergencial, especialmente em razão da chegada dos médicos cubanos. No entanto, a Lei do Mais Médicos também tem o objetivo de interferir na formação médica (efeito *a posteriori*) e, ao mesmo tempo, um dos possíveis efeitos estruturantes (a médio e longo prazo), além das residências médicas.

O PMM constitui-se em três linhas/eixos de ação: 1) reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica; 2) estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país, e 3) promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço e intercâmbio internacional (BRASIL, 2013a). Nota-se a necessária articulação entre saúde e educação para o PMM alcançar mudanças sustentáveis longitudinalmente.

Assim sendo, o Programa também é uma ação interministerial entre MS e MEC, com a proposta de uma reconfiguração na formação médica no Brasil. No mesmo âmbito do “Programa” Mais Médicos existe o “Projeto” Mais Médicos para o Brasil. Além da Lei Federal nº 12.871, o Projeto tem a chancela da Portaria Interministerial nº 1.369/2013.

O Projeto oferece aos (1) médicos com o diploma revalidado no país, (2) médicos formados em instituições de ensino superior brasileira e (3) médicos formados em instituições de educação superior estrangeira

(considerado médico cooperado), o aperfeiçoamento dos participantes, apor meio de curso de especialização por instituição pública de educação superior. Propõe, também, o envolvimento os profissionais em atividades de ensino, pesquisa e extensão que buscam a integração ensino-serviço (BRASIL, 2013b).

Integram o “*Projeto*” Mais Médicos para o Brasil: (1) o médico participante, submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado; (2) o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico, e (3) o tutor acadêmico, docente médico responsável pela orientação acadêmica (BRASIL, 2013a).

Os médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil são profissionais que atuam nos serviços de APS no SUS, a partir de modalidades formativas de ensino, pesquisa e extensão, principalmente na ESF. A inserção prioritária adota como critério a especialização em serviço, fundamentada pelas diretrizes pedagógicas da Educação Permanente em Saúde (EPS). Portanto, os médicos são obrigados a realizar cursos de especialização e módulos de ensino em instituições públicas, conjugando ensino-serviço (BRASIL, 2013b). Assim, de acordo com a Lei, as atividades desempenhadas no âmbito do Projeto não criam vínculo empregatício de qualquer natureza com médicos participantes do programa.

O Projeto conta com a participação de IES, denominadas “Instituições Supervisoras”. As instituições (universidades federais, universidades estaduais, escolas de saúde pública, secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde e fundações universitárias) assumiram, via termo de adesão, uma cooperação entre os entes federados, instituições internacionais e coordenações estaduais a execução do Projeto. Com esse termo, as instituições têm o objetivo de viabilizar a tutoria, supervisão presencial e à distância de médicos inscritos no PMM, além de monitorar e acompanhar as atividades dos supervisores, tutores acadêmicos e dos médicos participantes no Projeto, ofertando cursos de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes do Projeto (BRASIL, 2013b).

O PMM apresenta alto grau de complexidade para sua operacionalização, pois atinge diferentes esferas, tanto na saúde quanto na educação. Por exemplo: as articulações entre gestores municipais de saúde e representantes da saúde estadual; os médicos atuantes em municípios e os supervisores; as comissões de IES para abertura de vagas em cursos de graduação e residência em medicina, os

departamentos e áreas institucionais dos ministérios; os órgãos internacionais e os Conselhos de Secretárias Municipais de Saúde, entre tantos outros. Traduzem-se, assim, as conexões interfederativas e intersetoriais necessárias para desencadear a proposta de acesso e de qualidade do cuidado médico no SUS.

O volume de pessoas envolvidas no Programa é outro fator impactante. O número de médicos, informados pelo governo federal, é de 18.240, até o ano de 2016, em 4058 municípios, atingindo 63 milhões de brasileiros que não tinham atendimento médico e 134 milhões de brasileiros atendidos pela Saúde da Família¹⁴. Entre os médicos participantes do PMM, há um número considerável de cubanos¹⁵, correspondendo a 11.429 – aproximadamente 63% do total de médicos no PMM.

Além do provimento, a indução da formação de médicos se traduz com 5.306 novas vagas de graduação em medicina, 3.616 vagas em universidades privadas e 1.690 vagas em universidade públicas, com 4.742 novas vagas em diversas especialidades (BRASIL, 2015a). Nota-se, pelo número de vagas, uma privatização da formação para um sistema de saúde público.

Outrossim, a partir de um Termo de Cooperação Internacional, por meio da OPAS o governo brasileiro firmou um acordo de apoio. O Termo de Cooperação é traduzido no Projeto “Ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde”¹⁶, com o objetivo de inserir metas e recursos para garantia da cooperação técnica internacional entre países (cooperação Sul-Sul) para viabilização do “Programa de Cooperação Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde para a Participação de Médicos Cubanos e Desenvolvimento de Ações de Fortalecimento da Atenção Básica no Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

Este convênio de parceria entre MS e OPAS garantiu recursos financeiros consideráveis do governo federal, viabilizando o “Programa” Mais Médicos para desenvolver-se no país com a participação de médicos cubanos. A partir de cada Termo de Ajuste, o detalhamento de objetivos, meios, obrigações das partes, formas de participação,

¹⁴ Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br>> Acesso em: 28.01.2016.

¹⁵ É possível consultar o nome e/ou o Registro do Médico (RMS) relacionado ao PMM no site <<http://maismedicos.saude.gov.br/#>>.

¹⁶ Os termos de cooperação podem ser consultados no site: <<http://maismedicos.gov.br/apoio-ao-gestor>>. Acesso em: 26.06.2016.

contribuições técnicas, financeiras e “recursos humanos” foram consolidando esse apoio aos médicos participantes do Programa com a concessão de “bolsa-formação”, aperfeiçoamento profissional, transporte nacional e internacional, acesso virtual e material pedagógico, necessários à execução e implementação do Programa.

Até 2015, foram celebrados seis Termos de Ajuste referentes ao 80º Termo de Cooperação Técnica OPAS/MS. Exceto o 1º Termo (que não teve valores repassados, apenas alteração de redação, colocando como responsabilidade do MS “arcar com a tramitação de todas as reclamações que possam vir a ser feitas por terceiros contra a OPAS, seus peritos, agentes e funcionários”), outros cinco Termos de Ajuste detalham o compromisso assumido das transferências de recursos financeiros do MS à OPAS. No exercício dos anos correntes, observamos os valores repassados: 2º Termo – R\$ 11.539.264,00 (onze milhões, quinhentos e trinta e nove mil, duzentos e sessenta e quatro reais); 3º Termo – R\$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais); 4º Termo – R\$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais); 5º Termo – R\$ 1.175.973.740,00 (um bilhão, cento e setenta e cinco milhões, novecentos e setenta e três mil, setecentos e quarenta reais) e 6º Termo – R\$ 1.443.407.325,00 (um bilhão, quatrocentos e quarenta e sete milhões, quatrocentos e sete mil, trezentos e vinte cinco reais).

Entre 2013 e 2016, foi repassado do governo federal brasileiro para a OPAS o total de R\$ 4.115.824.236,00 (quatro bilhões, cento e quinze milhões, oitocentos e vinte quatro mil e duzentos e trinta e seis reais). O presente trabalho não busca analisar aspectos de caráter financeiro do PMM, esses valores poderão ser examinados em outras pesquisas. Cabe ressaltar apenas que se trata de um grande volume de recursos disponibilizados para a implementação e operacionalização do PMM que, além da responsabilidade do MS, da OPAS, do MEC e das IESs, tem a participação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atuando no regime de colaboração com o MEC para o pagamento das bolsas dos tutores e supervisores do Projeto.

O processo histórico de indução, provimento, fixação e formação de trabalhadores na APS em outros países começou antes do PMM, até mesmo com a própria “importação” de médicos estrangeiros, inclusive cubanos (GOMES, 2016). Além do Brasil, a colaboração da medicina cubana, desde as primeiras cooperações, atingiu o total de 108 países, sendo que em 2010 contava com a participação em 74 países, com

38.538 trabalhadores médicos (MARIMÓN TORRES; MARTÍNEZ CRUZ, 2010). Países da América Latina, como, por exemplo, Venezuela e Bolívia, adotaram soluções parecidas em “importar” esses trabalhadores cubanos para suprir as suas necessidades em saúde – o Brasil com o PMM, a Venezuela com o “*Misión Barrio Adentro*”, a Bolívia com o programa “*Mi Salud*”, compondo a “*Operación Milagro*”.

Os médicos inseridos no PMM estão distribuídos em municípios com algumas características.

A Portaria Interministerial nº 1.369/2013, no art.4º, considera que as regiões prioritárias para o SUS são as áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011.

As regiões devem se enquadrar em pelo menos uma das seguintes condições: a) ter o município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)¹⁷; b) estar entre os 100 (cem) municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes e os mais baixos níveis de receita pública “*per capita*” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), órgão integrante da Estrutura Organizacional do MS, ou d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios.

A caracterização dos municípios e seus territórios indicam as desigualdades e necessidades existentes nas regiões do Brasil, por isso a aposta em um modelo de atenção à saúde no qual a APS seja orientadora no cuidado integral à população, considerado apropriado para responder às especificidades de cada espaço. Entretanto, a consolidação deste modelo perpassa diversos fatores, entre eles a composição de eSFs e a atuação de médicos. Se a cobertura da APS nas distintas regiões do país estava insuficiente, a partir de 2013, com a criação do PMM, o MS considera que a relativa estagnação se transformou em um crescimento significativo.

Uma pesquisa multicêntrica realizada por universidades federais (Rio Grande do Sul, Paraíba, Mato Grosso do Sul, Pará, Minas Gerais, São Paulo, entre outras) atesta que dois anos ainda é pouco tempo para a

¹⁷ Disponíveis no endereço eletrônico <www.mds.gov.br/sagi>.

análise de impactos nos indicadores de saúde. Duas tendências são evidenciadas com a implantação das intervenções relativas ao PMM:

Ampliação das equipes de Saúde da Família (eSF) com funcionamento regular e o aumento da oferta de consultas médicas e procedimentos coletivos nas diferentes fases da vida; e o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015a, p. 97).

A mesma pesquisa considera que há um aumento da adesão de usuários às equipes de saúde, a diminuição da oscilação do número de consultas mensais ofertadas e a redução de internações hospitalares relacionadas a problemas de saúde como hipertensão e diabetes. Entretanto, chama atenção a ênfase na avaliação da oferta e do acesso transformada como análise de qualidade com o próprio crescimento de prescrições de medicamentos para os problemas citados.

O Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco em conjunto com a Universidade Federal de Minas Gerais, em outra pesquisa, entrevistou 14 mil usuários do SUS em aproximadamente 700 municípios. Vejamos alguns resultados:

Dos usuários entrevistados, 95% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou, 87% que o médico é mais atencioso e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao PMM foi de 9,0 (BRASIL, 2015a, p. 98).

Assim, poder-se-ia questionar: “mais médicos” seria sinal de “menos usuários” com problemas de saúde? O médico como próprio “consumo prescritivo” de saúde (exames, remédios, dietas, entre outros) seria uma maneira de ampliar o cuidado? Remetendo as questões para o objeto desta tese, pergunta-se: Como o intercâmbio entre médico cubano e usuário do SUS produz vínculo? Entre os resultados esperados com a ampliação do acesso a médicos, a produção de vínculos na relação com os usuários interferiria no processo de produção de saúde-doença? Por que as secretarias municipais de saúde, especialmente aquelas de

grandes centros urbanos, onde supostamente não existiria falta ou escassez de médicos para atender a população, aderiram ao PMM?

Trata-se, portanto, de uma investigação necessária para problematizar as condições do cuidado, a partir da experiência singular deste programa governamental com médicos estrangeiros, na produção de vínculos com usuários do SUS. Isto é, identificar e descrever o conjunto de estratégias de intervenções e ações na relação produtora de saúde, especialmente centrada no usuário, sem, necessariamente, “indicar” a resolubilidade de doenças, mas sim examinando criticamente suas fragilidades e suas potencialidades.

Em tempo, poder-se-ia também questionar, como destacaremos em outros capítulos, o próprio modelo de atenção – biomédico – que, fortemente influenciado no modelo de sucesso social – liberal –, busca tratar de doenças distanciando-se das necessidades e das demandas do SUS e de seus usuários. Se desconsiderarmos a superação das ações correlacionadas à dicotomia e à fragmentação entre preventivo e curativo, sujeito e coletivo, clínica e política, saúde e doença, teoria e prática, corremos o risco de distorcer o sentido do cuidado interdisciplinar, intersetorial e centrado na pessoa.

Trata-se de investimento na mudança da determinação biológica para a determinação social (processo saúde-doença), de uma relação horizontal e não vertical, de progressiva redução da hipervalorização do hospital e a ampliação da importância da comunidade e dos serviços de saúde descentralizados no cuidado à população, sobretudo nos vínculos produzidos entre indivíduos e seus coletivos. Contudo, seria leviano deduzir que o próprio programa em questão – vencido o fascínio vivido por Ulisses no “Canto das Sereias” – poderia induzir a um discurso idealizado e ideologizado, se analisados os próprios modelos vigentes de sociedade e de seus poderes. Por isso, é necessário o constante exercício de colocar um “pé” dentro e outro fora, isto é, na afirmação de um trabalho no movimento da macropolítica e da micropolítica, na conjunção característica de suas proximidades e de seus distanciamentos.

3. Cuidado, tecnologia e vínculo: definição de termos atrelados ao problema

Neste capítulo são examinados os temas do cuidado de si, da tecnologia e do vínculo em saúde, esclarecendo filiações teóricas

indutoras da constituição de uma proposta de conceito de produção de vínculos.

3.1 Do cuidado de si

“o paciente nunca me diz o que eu quero saber...”

Fala de estudante de medicina

Ao longo deste estudo serão assinalados elementos para balizar conceitos que avaliamos como relevantes. Os marcos teóricos aqui expostos não têm a pretensão de abarcar todo o seu construto, mas apresentar e utilizar seus elementos constitutivos para iluminar o objeto e a análise que se faz necessária. Esperamos trazer outros argumentos para o debate, e por isso consideramos a importância de conceitos como vida, saúde, doença, normalidade, patologia, tecnologia, técnica, cuidado de si, entre outros. São conceitos comuns em estudos que problematizam a condição humana e a evolução das ciências da vida e da saúde, e que portanto merecem destaque na interface entre estas. Ainda que fronteiras construídas e pactuadas entre ciências possam descrever e apresentar estruturas, objetos comuns e interações entre si, arrisca-se percorrer um caminho que almeja realizar conexões entre elas.

Na obra *Condição humana*, Hannah Arendt (1906-1975), filósofa alemã, não considera condição humana a mesma coisa que natureza humana. A condição humana, de modo amplo, refere-se às formas de vida que o homem impõe a si mesmo para viver. Os homens, para a autora, são seres condicionados. Tais condições tendem a ocupar sua existência e modificam-se de acordo com o lugar e o momento histórico do qual eles são parte. Arendt (2014) propõe um reposicionamento analítico frente às implicações das inversões hierárquicas entre as atividades humanas fundamentais: o trabalho, a obra e a ação. As três atividades correspondem às condições básicas para a vida do homem, e a autora utiliza a expressão “*vita activa*” para designá-las: “O mundo no qual transcorre a *vita activa* consiste em coisas produzidas pelas atividades humanas” (ARENDR, 2014, p. 11). Ela investiga também as entradas que guiam as atividades do “*animal laborans*”, do “*homo faber*” e do “homem de ação”, relacionando-os com seus significados para a afirmação da liberdade humana e dignidade política. A autora considera:

O *trabalho*, aprisionado no movimento cíclico do processo biológico, não tem, propriamente falando,

nem um começo nem um fim – apenas pausas, intervalos entre a exaustão e a regeneração. A *ação*, embora possa ter um começo definido, nunca, como veremos, tem um fim previsível. Esta grande confiabilidade da *obra* se reflete no fato de que o processo de fabricação, ao contrário da *ação*, não é irreversível: toda coisa produzida por mãos humanas pode ser destruída por elas, e nenhum objeto de uso é tão urgentemente necessário no processo vital que seu fabricante não possa suportar sua destruição e sobreviver a ela (ARENDDT, 2005, p. 185, grifo nosso).

O homem, portanto, consegue produzir obras a partir de suas próprias mãos, ainda que viole o que lhe é dado e até mesmo o que constrói, e essa liberdade de produção lhe confere a possibilidade, inclusive, da sua destruição. Assim, além de mestre de toda a natureza, adquire a capacidade de ser senhor de si mesmo e daquilo que o faz um *homo faber*. Todo processo de fabricação produz coisas que duram mais do que o processo que trouxe a sua existência, pois a marca da fabricação é ter começo e fim previsível e definido. Do mesmo modo, pela obra, o *homo faber* rompe com o anonimato do antes, *animal laborans* (animal trabalhador). Para além de uma atividade sem fim (trabalho), a obra ou fabricação termina em objeto de uso, e de tal modo que o objeto fabricado resulta da intervenção do homem na natureza; sua produção é um artefato artificial, passando a construir um mundo de objetos (ARENDDT, 2014).

Arendt (2014, p. 228) considera que “a rigor, o domínio dos assuntos humanos consiste na teia das relações humanas que existe onde quer que os homens vivam juntos”. A teia de relações, a necessidade da existência de outras pessoas na produção da vida, implica que toda ação envolve uma reação em cadeia e “todo processo é causa de novos processos imprevisíveis [...] um ato, um gesto ou uma palavra podem ser suficientes para mudar qualquer constelação” (ARENDDT, 2005, p. 193). Assim, há uma irreversibilidade e imprevisibilidade nos processos de ação, sendo impossível a um autor desfazer o que fez. A ausência da capacidade de propor ou iniciar algo novo, ou seja, a ausência de ação estabeleceria irremediavelmente a condenação à morte, isto é, a condição humana rumaria à destruição. Por isso, a ação serve, mesmo diante de todas as incertezas, de lembrete de que nascemos para morrer, mas, também, para iniciar algo novo.

O traçado deste percurso tem como outra importante referência a produção do filósofo francês Michel Foucault (1926-1984). Alguns autores (GROS, 2010; CASTRO, 2009) propõem analisar a obra de Foucault em três momentos: 1) relativo à disciplina (período arqueológico – 1954/1972); 2) relativo à biopolítica (período genealógico – 1972/1980) e 3) relativo ao cuidado de si (1980/1984).

Num período relativamente curto, porém profícuo, entre 1980 a 1984, Foucault apresenta alguns temas em seu curso anual no Collège de France, tais como: Subjetividade e verdade (1980-1981); A hermenêutica do sujeito (1981-1982); O governo de si e os outros (1982-1983); O governo de si e os outros: o valor da verdade (1983-1984), além dos três volumes da *História da sexualidade*: O uso dos prazeres (1984) e História da sexualidade: O cuidado de si (1984) (GROS, 2010; CASTRO, 2009).

Durante esse período, Foucault amplia sua análise sobre alguns conceitos. Destaca-se a noção de “arte de governar” compreendida por meio de três concepções: 1) governo de si: a maneira como nos governamos a nos mesmos; 2) governo dos outros: as formas políticas da governamentalidade, governo que se exerce sobre as populações sob a forma de políticas¹⁸, e 3) relações entre governo de si e dos outros.

Para Foucault (2006), governar significaria dirigir, conduzir, sustentar e conhecer “todos e cada um” (“*omnes et singulatin*”) dos sujeitos que vivem em sociedade. Assim, não se refere somente à gestão do Estado e seus aparelhos; trata-se de produzir condutas nos indivíduos, suas famílias, comunidades, aos doentes etc. Portanto, o cuidado como modo de ação, pensamos, pode refletir o agir e as possibilidades de ação sobre todos os indivíduos, especialmente, dentro da racionalidade médica. O autor desenvolve um exemplo sobre a formação do Estado, no sentido moderno do termo, onde a racionalidade do poder está refletida e perfeitamente consciente de sua singularidade, formulando-se em duas doutrinas: a razão de Estado e a teoria da polícia.

Durante os séculos XVI e XVII, um dos traços mais característicos da “arte de governar” (a razão de Estado) é reforçar o próprio Estado, o qual deveria aterrorizar seus inimigos durante um

¹⁸ Governamentalidade. Trata-se de uma noção esculpida por M. Foucault para designar as formas complexas de exercício do poder, com inserções de aspectos que dizem respeito aos dispositivos e estratégias de governo dos homens pelos jogos de poder macro e micro políticos.

período indeterminado, pois assim estaria aumentando sua potência. Segundo esta concepção, o governo só é possível se a força do Estado for conhecida. “A arte de governar, característica da razão de Estado, está intimamente ligada ao desenvolvimento do que denominamos estatística ou aritmética política, ou seja, ao conhecimento das forças respectivas dos diferentes Estados” (FOUCAULT, 2006, p. 53).

A teoria da polícia, por sua vez, sustenta a presença de uma administração em concorrência com a justiça, o exército e o tesouro. O objeto específico da polícia seria a vida em sociedade de indivíduos vivos. Nesse sentido, a polícia permite ao Estado aumentar seu poder e exercer sua potência em todo seu alcance. A *Polizei* favoreceria ao mesmo tempo os cidadãos e o vigor do Estado. Dessa forma, no decorrer do século XVIII, a noção de população adquire importância. A definição de população como grupo de indivíduos vivos (todos aqueles que vivem lado a lado) habitando em determinada área é o objeto da polícia, sobretudo na Alemanha. O economista alemão, Von Justi (1717-1771), elabora a construção de uma *Polizeiwissenschaft* que conjuga a arte de governar com um método para analisar determinada população vivendo sobre um território. Nesse dispositivo se pode observar o Estado, a saber, seu território, seus recursos, sua população, suas cidades etc., associando-se a “estatística” (a descrição dos Estados) e a arte de governar (FOUCAULT, 2006).

Outro conceito foucaultiano é investigado na Antiguidade, nas bases históricas do cuidado de si, abrindo a discussão sobre a “ética de si”, o que, para o autor, em síntese, versa sobre inventar a existência na construção de uma ordem que se sustenta por coerência interna. Ou seja, não está regida por uma lei civil ou prescrição religiosa, pois se trata de uma escolha pessoal que implica a presença do outro (SPINK, 2010).

No curso da história, a noção de cuidado ampliou-se e multiplicou-se em significações. Para Foucault (2010a), a expressão “cuidado de si” está atrelada à noção de “*epiméleia heautoû*”, equivalente ao cuidado de si mesmo, e sua história é longa, desde Sócrates até o ascetismo cristão.

A *epiméleia heautoû* pode ser compreendida a partir de três aspectos. Primeiro, como uma atitude com três ângulos: para consigo, para com os outros e para com o mundo. Segundo, como forma de atenção, de olhar, isto é, o cuidado de si relacionado à atenção sobre o que se pensa ou passa no pensamento. E, em terceiro lugar, designando ações exercidas de si para consigo, sendo estas ações transformadoras e

modificadoras de si mesmo. Exemplos destas ações são as técnicas de meditação, exame de consciência, entre outras (FOUCAULT, 2010a).

O tema do cuidado de si, conforme Foucault (2010a), é evidenciado do século V a.C até os séculos IV-V d.C. Com efeito, percorrendo toda a filosofia grega, helenística, romana, bem como a espiritualidade ascética cristã, é um tema que há mais de dois mil anos vem evoluindo.

Enfim, com a noção de *epiméleia heautoû* temos todo um corpus definindo uma maneira de ser, uma atitude, formas de reflexão, práticas que constituem uma espécie de fenômeno extremamente importante, não somente na história das representações, nem somente na história das noções ou das teorias, mas na própria história da subjetividade ou, se quisermos, na história das práticas da subjetividade (FOUCAULT, 2010a, p. 12).

Ao questionar a desconsideração na filosofia ocidental sobre a noção de cuidado de si, Foucault problematiza o porquê do destaque sobre “conhece-te a ti mesmo” ser um privilégio do *gnôthi seautôn* (aforismo grego para “conhece-te a ti mesmo”) sobre o cuidado de si. O tema poderia ter sido “esquecido” ou mesmo “apagado” ao longo da história, desaparecendo inclusive das preocupações dos historiadores, mesmo com um conjunto de paradoxos dos preceitos do cuidado de si, por conta da influência do “momento cartesiano”. O autor reforça as aspas para sua expressão, que não considera boa.

Com efeito, vemos que ao longo dos textos de diferentes formas de filosofia, de diferentes formas de exercícios, prática filosóficas ou espirituais, o princípio do cuidado de si foi formulado, convertido em uma série de fórmulas como ‘ocupar-se de si mesmo’, ‘ter cuidados consigo’, ‘retirar-se em si mesmo’, ‘recolher-se em si’, ‘sentir prazer em si mesmo’, ‘buscar deleite somente em si’, ‘permanecer em companhia de si mesmo’, ‘ser amigo de si mesmo’, ‘estar em si como uma fortaleza’, ‘cuidar se’, ou ‘prestar culto à si mesmo’, ‘respeitar-se’ etc. (FOUCAULT, 2010a, p. 13).

Assim, no mundo moderno, principalmente no Ocidente, os códigos de rigor moral, no sentido positivo de “ocupar-se consigo mesmo”, com maior restrição moral e uma constituição mais austera, quer na moral cristã, quer na moral moderna não cristã, passaram para uma “ética geral do não egoísmo”, seja na cristã pela renúncia a si, ou na obrigação para com os outros, na moderna. Por isso, há uma requalificação no momento cartesiano do aforismo “conhece-te a ti mesmo” como a indubitabilidade da própria existência como sujeito e como o acesso fundamental sobre a verdade. Assim, distancia-se da noção socrática do *gnôthi seautón* como forma de prova da evidência. A ausência da dúvida era mais valorizada do que as próprias provas de ser um sujeito através do “conhecer-se”, a própria evidência de existir como critério de verdade.

Assim sendo, aproximamo-nos do tema da ética do cuidado de si como prática de existência, ou, na linguagem foucaultiana, “práticas de liberdade”. Progressivamente, o tema ultrapassou os limites da filosofia e adentrou em espaços dentro cultura do cuidado de si. No mundo grego-romano, o cuidado de si constituiu-se como forma pela qual a liberdade individual era pensada como ética. “O conceito foucaultiano de liberdade surge com base na análise das relações entre os sujeitos e na relação do sujeito consigo mesmo, as quais se denominam, em termos gerais, poder” (CASTRO, 2009, p. 246).

Com o cristianismo, o indivíduo passa a ocupar-se de si como uma tradução de amor a si mesmo. Foucault ressalta que embora não seja fruto do cristianismo, buscar a salvação é uma maneira de cuidar de si, ainda que represente a realização através da renúncia a si mesmo. Na Grécia, assim como em Roma, cuida-se da vida em sua própria vida, ou seja, o cuidado está totalmente centrado em si e, desse modo, era possível a aceitação da morte, diferentemente do cristianismo, que, “ao introduzir a salvação como salvação depois da morte” (FOUCAULT, 2004, p. 273), reforça a salvação na renúncia. Os gregos entendiam ética através do “*êthos*”, isto é, como uma

[...] maneira de ser e maneira de se conduzir. Era um modo de ser do sujeito e certa maneira de fazer, visível para os *outros*. O *êthos* de alguém se traduz pelos seus hábitos, por seu porte, por sua maneira de caminhar, pela calma com que

responde a todos os acontecimentos etc. (FOUCAULT, 2004, p. 270, grifos do autor).

Castro (2009) afirma que, para Foucault, o termo “ética” faz referência à relação consigo mesmo, sendo prática, um modo de ser, uma atitude – um *êthos*, portanto. Para os gregos, o *êthos* seria a forma de liberdade, ao mesmo tempo uma maneira de cuidar dos outros, e por isso “o cuidado de si é ético em si mesmo; porém implica relações complexas com os outros, uma vez que esse *êthos* da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros [...]” (FOUCAULT, 2004, p. 270). Assim, um homem livre detém um saber governar (mulher, filhos, casa etc.). A arte de governar.

Foucault afirma que o conhecimento de si é o cuidado de si, pois é impossível cuidar de si sem se conhecer, embora isso implique conhecer regras de conduta ou princípios que são verdades e prescrições.

Desde a era grego-romana, o fenômeno “prática de si” teve importância para a construção de uma autonomia, um exercício de si sobre si mesmo através do que se busca transformar, atingir e elaborar como modo de ser. O conceito de “prática” não tem nenhuma exposição detalhada na obra de Foucault; pode-se considerar práticas “[...] a racionalidade ou a regularidade que organiza o que os homens fazem [...], que têm um caráter sistemático (saber, poder, ética) e geral (recorrente) e [que], por isso, constituem uma ‘experiência’ ou um ‘pensamento’” (CASTRO, 2009, p. 338).

Essa regularidade e essa racionalidade, por sua vez, têm caráter reflexo, são objeto de reflexão e análise. Os termos ‘técnica’ e ‘tecnologia’ agregam à ideia de prática os conceitos de estratégia e tática. Com efeito, estudar as práticas como técnicas ou tecnologias consiste em situá-las em um campo que se define pela relação entre meios (táticas) e fins (estratégias) (CASTRO, 2009, p. 412).

Foucault (2004) sustenta sua proposta centrada nas práticas de liberdade, transcendendo processos de libertação, interessando-se pela questão do problema ético da definição das práticas de liberdade. Quando indagado se o exercício das práticas de liberdade exigiria certo grau de dominação, ele assente. É consabido que Foucault dedica-se à

análise sobre as relações de poder entendendo sua extensão nas relações humanas como um conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos (família, pedagogia, política etc.). O bloqueio de um campo de relações de poder (fixação e imobilidade) configura um estado de dominação. “A liberação abre um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade. [...] Sim, pois o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida da liberdade?” (FOUCAULT, 2004, p. 267).

Nesse sentido, a ética, para Foucault, está ligada ao jogo da verdade. Esclarece:

A palavra ‘jogo’ pode induzir em erro: quando digo ‘jogo’, me refiro a um conjunto de regras de *produção da verdade*. Não um jogo no sentido de imitar ou de representar...; é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimento, válido ou não, ganho ou perda (FOUCAULT, 2004, p. 282, grifo nosso).

Há, portanto, jogos de produção de verdade. Desde a Grécia antiga não há uma definição imperativa e definitiva de tais jogos; quem diz a verdade são indivíduos “livres” (vale dizer que estes indivíduos livres, na sociedade grega, são os não escravos, aqueles que “valem” não correspondendo à utopia moderna de liberdade), organizados em certo consenso e inseridos em uma rede de práticas de poder e de instituições coercitivas.

Se o poder são jogos estratégicos, é necessário “distinguir relações de poder como jogos estratégicos de liberdade” (FOUCAULT, 2004, p. 285). Nesses jogos estratégicos teremos indivíduos tentando determinar a conduta de outros e, concomitantemente, outros tentando responder para não deixar a conduta ser determinada pela conduta dos outros (estados de dominação). Assim, entre os jogos de poder e os estados de dominação, têm-se as tecnologias governamentais, no que Foucault, embora não esclareça, distingue os tipos de técnicas em três níveis: a) relações estratégicas, b) técnicas de governo e c) estados de dominação. Assim, “são indivíduos livres que tentam controlar, determinar, delimitar a liberdade dos outros e, para fazê-lo, dispõem de certos instrumentos para governar os outros” (ibidem, p. 286). “[...] A

liberdade é a condição de existência do poder e do sujeito. Na falta de liberdade, o poder se converte em dominação, e o sujeito, em objeto” (CASTRO, 2009, p. 247).

Foucault, antes de 1980, concebe o sujeito como produto passivo das técnicas de dominação. Entretanto, no terceiro momento de sua obra, concebe uma “autonomia relativa” das técnicas de si. A constituição do sujeito acontece na relação consigo pelas técnicas de si: “[...] o indivíduo-sujeito emerge tão somente no cruzamento entre uma técnica de dominação e uma técnica de si. Ele é a dobra dos processos de subjetivação sobre os procedimentos de sujeição, segundo duplicações, ao sabor da história, que mais ou menos se recobrem” (GROS, 2010, p. 475).

Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembleia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém, não estamos na presença do mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes. E o que me interessa é, precisamente, a constituição histórica dessas diferentes formas do sujeito, em relação aos jogos de verdade (FOUCAULT, 2004, p. 275).

O conceito de “*parrhesía*”, para Foucault (2010a), seria uma das técnicas fundamentais das práticas de si mesmo. Trata-se de um termo técnico no glossário do cuidado de si (CASTRO, 2009), que se refere à qualidade moral do *êthos*, o discurso verdadeiro, ou etimologicamente, “tudo-dizer”. A coerência entre agir, pensar e falar. O discurso verdadeiro ligado à escolha, à atitude de quem fala, à decisão, o “franco-falar”, a coragem da verdade. “O objetivo da *parrhesía* é fazer com que, em um dado momento, aquele a quem se endereça a fala se encontre em uma situação tal que não necessite mais do discurso do outro” (FOUCAULT, 2010a, p. 340). A palavra dirigida ao outro é pronunciada como um compromisso, transformando o sujeito que fala no próprio compromisso do que falou ao outro. De tal modo, a meta a ser alcançada é a “antilonja”, sem um endereçamento que crie uma

dependência. Ao contrário, aquele que fala ao outro que escuta fala de modo que o outro possa “[...] constituir consigo mesmo uma relação que é autônoma, independente, plena e satisfatória” (FOUCAULT, 2010a, Idem).

Há dois fatores prejudiciais para a *parrhesía*: a adulação (moral) e a retórica (técnico). O primeiro é constituído no discurso daquele que se vê em uma posição de inferioridade, dentro de um exercício do poder em relação ao outro (senhor da casa, pai, mestre), e faz crer ao superior que é mais capaz, a fim de compensar o abuso de poder, para obter benefícios e prêmios. Já na retórica existem três grandes diferenças: 1) a retórica como arte de mentir, 2) a retórica como arte organizada segundo procedimentos regrados e 3) a retórica para dirigir as discussões, conduzir o povo, o exército (CASTRO, 2009).

A *parrhesía* é apresentada por Foucault em dois lugares: 1) na literatura epicúrea e 2) na concepção mais ampla da relação mestre-discípulo. No primeiro, a *parrhesía* surge como “[...] uma qualidade, ou melhor, uma técnica utilizada na relação médico doente [...] é aquela liberdade de jogos, se quisermos, que faz com que, no campo dos conhecimentos verdadeiros, possamos utilizar aquele que é pertinente para a transformação, a modificação, a melhoria do sujeito” (FOUCAULT, 2010a, p. 216). É uma arte de formulação profética, como anuncia Foucault, uma arte muito próxima da medicina, em função de um objetivo e da transformação do sujeito. No segundo, a atitude do mestre correspondido pelo silêncio do discípulo.

Foucault (2010b) trata da questão filosófica disparada pela *parrhesía* concebendo a relação entre a liberdade e a verdade.

Enfim, a *parresía*¹⁹ é uma maneira de se vincular a si mesmo no enunciado da verdade, de vincular livremente a si mesmo e na forma de um ato corajoso. A *parresía* é a livre coragem pela qual você se vincula a si mesmo no ato de dizer a verdade. Ou ainda, a *parresía* é a ética do dizer-a-verdade, em seu ato arriscado e livre (FOUCAULT, 2010b, p. 64).

¹⁹ Na edição do Curso “O governo de si e dos outros”, o termo é utilizado na forma grega transliterada.

Ao “dizer a verdade”, recuperando o sentido da palavra grega – *parrhesía* – tem-se a noção de que “a *parrhesía* é uma virtude, dever e técnica que devemos encontrar naquele que dirige a consciência dos outros e os ajuda a constituir sua relação consigo” (FOUCAULT, 2010b, p. 43). Assim, trata-se de poder mostrar de que forma a relação consigo próprio permite assumir determinados riscos, compreender que tomar decisões, aceitar a probabilidade dos perigos e os benefícios daquilo que se “diz”. É cuidar de si mesmo através de uma necessária relação com outro, conforme Foucault (2010b). O parrhesiasta arrisca a vida; inclusive, concerne àqueles “que, no limite, aceitam morrer por ter dito a verdade” (FOUCAULT, 2010b, p. 56). Abrindo um risco indeterminado, para Foucault (2010b), a *parrhesía* é como a abertura para o risco.

E o risco não seria uma forma de sentir-se vivo?

Assim, convém destacar alguns conceitos importantes para este estudo: a) o homem de ação; b) o cuidado de si como comum aos homens quando executam uma ação qualquer; c) *êthos/parrhesía* e d) a verdade ou o jogo de verdade. Sinteticamente, estes são conceitos relacionados à produção de vínculo entre médico e usuário, como veremos adiante.

3.2 Da tecnologia e do vínculo em saúde

*O queres e o estares sempre a fim
Do que em mim é de mim tão desigual
Faz-me querer-te bem, querer-te mal
Bem a ti, mal ao queres assim
Infinitivamente pessoal
E querendo querer-te sem ter fim
E, querendo-te, aprender o total
Do querer que há e do que não há em mim*

Caetano Veloso, compositor brasileiro

Se o cuidado acentua a relação consigo e com o outro, o vínculo em saúde implicaria a interpretação do “jogo de produção da verdade”. Nesse sentido, alicerçamos esta pesquisa em noções conceituais expostas neste percurso, qual seja, a concepção de “produção de vínculo” como parte de uma tecnologia do cuidado, a produção de encontros – o *artesanato do encontro* – inventivos e criativos entre dois sujeitos e seus coletivos.

O vínculo não é um fenômeno da ordem da relação individual. É, a um só tempo, produção entre sujeitos e entre estes mesmos sujeitos e os universos a eles afeitos. É uma produção de vínculo estabelecida na atitude, mesmo nas diferenças entre si, de traduzir e remontar, a partir da troca de experiências, um *êthos* do cuidado.

O conceito de tecnologia, enunciado por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1947-1996), discípulo de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983), pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde no Brasil, ambos influenciados pelo pensamento marxista, contribuiu para traçarmos parte da concepção apresentada acima.

Mendes-Gonçalves (1996) sustenta que tecnologia refere-se a um conjunto de instrumentos materiais do trabalho, contudo sua existência concreta no trabalho só se expressa nas relações, seja nas ações materiais (máquinas e instrumentos), seja nas imateriais (conhecimento técnico). A obra de Mendes-Gonçalves é uma das primeiras referências sobre o debate das tecnologias do trabalho em saúde. Portanto, no campo da saúde, a tecnologia extrapolaria a dimensão de equipamentos, abarcando saberes e práticas que possibilitam o trabalho no setor.

Até por motivos etimológicos, *tecnologia* refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 18).

Posteriormente, Emerson Elias Merhy, a partir das contribuições de Mendes-Gonçalves e influenciado pelos teóricos franceses, Gilles Deleuze (1925-1995) e Félix Guattari (1930-1992), propõe uma reflexão sobre o conceito de tecnologia e o relaciona na produção do trabalho cotidiano em saúde. Assim, a tecnologia vista como uma máquina moderna torna-se uma visão reducionista, afirma Merhy (2013). Para ele, os processos de trabalho em saúde são formados a partir de um conjunto e constituem a construção de um produto – atos de saúde – capazes de intervir no mundo.

Conforme Merhy (2013), o denominado “problema de saúde”, muitas vezes é diluído na “produção do resultado” e levando ao esquecimento ou à abstração da satisfação de uma necessidade/direito do usuário. Contudo, a produção de ato de saúde pode ser “procedimento centrada” ou “usuário centrada” e esta produção de atos

em saúde, em última instância, trata-se de ampliar os graus de autonomia no modo do usuário conduzir a sua vida.

O autor introduz a concepção de três tipos de tecnologias no trabalho em saúde: “leve”, “leve-dura” e “dura”.

A tecnologia do tipo “leve” refere-se a saberes e práticas das relações mais abertas, não necessariamente estruturados, mas ao contrário, no campo relacional através do acolhimento, da produção de vínculo e do compromisso com a resolutividade, entre outros. A tecnologia “leve-dura” se trata de um saber semiestruturado, assim como o da clínica e da saúde pública; e a tecnologia “dura”, conectada a saberes estruturados, geralmente referentes a procedimentos e técnicas para determinada situação como, por exemplo, equipamentos, suturas, eletrocardiograma, entre outros (MERHY, 2013). Estas tecnologias não são estanques, intercambiam na sua materialidade. Mesmo quando se aplica uma tecnologia dura estão presentes as demais. Veja-se que na utilização de um procedimento que utiliza um equipamento com alta densidade tecnológica, sempre há dimensões leves e leves-duras implicadas.

O vínculo, portanto, encontra-se como tecnologia leve das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. Merhy (2013) amplia a noção de trabalho de saúde, destacando o que denomina de tecnológica “leve” como o encontro entre um usuário e um trabalhador, ou seja, um trabalho que acontece em um processo de relações e, na interação de uma pessoa com a outra, dentro do jogo de produções e expectativas com diferentes momentos e interesses.

Assim, o autor considera que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica dentro dessa compreensão de tecnologia em saúde. Também considera que a produção de um espaço de troca de falas e escutas está necessariamente relacionada com o trabalho clínico. Contudo, há focos e ações que são marcas entre profissionais e seus distintos saberes e tecnologias de saúde. Nos serviços de saúde, o trabalhador além de ofertar o acolhimento à população, também deve responder a outras competências relacionadas às tecnologias duras e leve-duras, pois é necessário saber examinar, prognosticar e curar os problemas de saúde.

Nas palavras de Merhy (1997, p. 81): “[...] o trabalho ‘produz’ o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade”. No espaço de encontro entre sujeitos se produz um mútuo reconhecimento onde trabalhadores e

usuários do SUS com seus desejos e subjetividades estruturam formas de realizarem a produção de saúde individual e coletiva.

O debate produzido por Schraiber (2008) sobre tecnologia, interações e medicina apresenta algumas reflexões sobre os efeitos dos “vínculos de confiança” estabelecidos entre médicos e usuários, especialmente sob a perspectiva das interações num contexto produtivo e mercantil de múltiplas engrenagens e meios tecnológicos que conjugam relação do médico com seu trabalho. A autora nomeia a existência de uma “crise dos vínculos de confiança”, em que os médicos estariam se tornando “aplicadores” de conhecimentos, preferivelmente conectados em rotinas de procedimentos, com pouca interferência pessoal, uniformizando suas intervenções.

A medicina é uma prática baseada em interações e na confiança recíproca entre médicos e pacientes e entre profissionais. É preciso aproximar-se do doente, interagir para conhecê-lo e conquistá-lo, para saber propor uma intervenção cujo êxito também depende do outro (SCHRAIBER, 2008, p. 142).

Os elementos subjetivos também se revelam na prática médica na “conquista” da confiança do outro. Ainda que o julgamento clínico e a decisão terapêutica, norteados pelos conhecimentos científicos estejam atravessados por uma técnica, o terreno “metafísico” da subjetividade tem expressado especificidades. A mais óbvia delas: o sujeito.

A produção de subjetividade é inerente aos sujeitos, sem a suposta imparcialidade e neutralidade da prática médica. Se integrada como parte do processo do cuidado, a produção de subjetividade induziria a outras formas de encontro na produção de vínculos.

Esse cenário do agir cotidiano de produção de saúde, conforme Merhy (1997) configura-se como a “micropolítica do trabalho vivo em ato”, levando em consideração a micropolítica como o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder, como define Feuerwerker (2014). Merhy e Franco (2003) entendem que o trabalhador e os coletivos de trabalhadores neste espaço de encontro podem fazer a diferença mediante ações ético-políticas direcionadas, compreendendo o que é do outro, modificando seus modos tecnológicos na construção do cuidado, interferindo nas suas ferramentas de conhecimentos. Neste “trabalho vivo”, é possível inovar e usar a subjetividade para construir

novas formas de seu fazer, utilizando tecnologias disponíveis e outras inventivas. O trabalho em saúde transita entre as tecnologias disponíveis, fruto da inter-relação. A produção do trabalho vivo em ato, para Merhy (2013), ocorre por meio de um processo de relações nas quais se opera um jogo de expectativas e criações entre as duas “pessoas” envolvidas intersubjetivamente neste encontro. O autor considera os momentos de escutas, falas, interpretações, cumplicidades e confiabilidade como produção deste encontro e suas relações de vínculo. O entrecruzamento das relações, consideramos, pode tornar-se vínculo.

A palavra “vínculo” possui ampla significação: 1) aquilo que ata, liga, vincula (duas ou mais coisas); 2) o que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência; 3) o que liga afetiva ou moralmente duas ou mais pessoas, laço; 4) o que impõe uma restrição ou condição; 5) ônus ou encargo que incide sobre um bem; 6) qualquer condição que implique uma limitação do movimento de um sistema físico e 7) ligação entre itens de dados ou programas que permite fácil acesso a um, enquanto o outro está sendo usado (HOUAISS, 2009).

O termo vínculo tem sua origem no étimo latino *vinculum*, que significa uma atadura, uma união duradoura. [...] o conceito de “vínculo” alude a alguma forma de ligação entre as partes que, a um mesmo tempo, estão unidas e inseparáveis, apesar de que elas apareçam claramente delimitadas entre si (ZIMERMAN, 2004, p. 398).

Trata-se de um significado amplo e interpretável, alçado no “entre” pontos, um substantivo que evidencia relação. Uma temática atualizada em debates acadêmicos, clínicos, literários com conexões diversas, na qual parece existir uma convergência quanto ao seu significado como “algo valioso”, positivo, retratada por insígnias tais como: vínculo entre paciente-terapeuta, vínculo familiar, vínculo entre pares, vínculo grupal, vínculo social, vínculo afetivo, vínculo empregatício, vínculos institucionais entre outros.

Apesar de valorizado no campo da saúde, é recorrente a indagação de trabalhadores: “mas, como vincular?”. Nesta discussão, a associação de termos como “confiança”, “afetividade”, “laços”, “singularidade”, entre outros, adentram na “subjetividade” das relações. Não obstante, este vínculo seria uma tradução das relações operacionalizadas entre sujeitos, o espectro da “subjetividade”

expressaria o conjunto de fios entrelaçados que formam a trama do “vincular-se”.

Vínculo não existe por si só, diferentemente do cuidado. Ele é forjado, dito, inventado e fabricado na confluência e junção de dois sujeitos e duas realidades, ou seja, uma atitude que se manifesta na esfera individual e coletiva, não tem existência material, não se vê, não é concreto, não é normativo, é de difícil compreensão, pois é relativo à condição humana. Arriscaríamos dizer, aliás, que se trata de uma “ação”, usando referência ao conceito de Arendt (2005), que pode ter início definido – como uma primeira consulta –, mas cujo desfecho é imprevisível, pois não se trata de um “fato biológico”.

Ainda que já se houvesse delimitado a base conceitual empregada, apresentamos alguns fundamentos teóricos para corroborar os pontos em comum no conceito de vínculo, incluindo diferentes conhecimentos sobre o termo para produzir a montagem da nossa própria interpretação conceitual.

Esse percurso teórico inicia-se a partir da perspectiva psicanalítica. Contudo, não se trata de assumi-la como arcabouço e filiação teórica deste estudo²⁰. Também não se deseja negar suas contribuições para a discussão do vínculo, ressaltando sempre seu caráter provisório.

A psicanálise, como teoria e método, inicia-se com Sigmund Freud (1856-1939). O médico austríaco utilizando-se de sua prática clínica construiu uma estrutura teórica e técnica para o cuidado com seus pacientes. Freud definiu a psicanálise como:

1. um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo; 2. um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos, e 3. uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo destas

²⁰ Durante parte da trajetória acadêmica e profissional, utilizei como referência e fundamentação teórica a psicanálise freudo-lacaniana. Ao longo de alguns “encontros e desencontros”, principalmente no campo da saúde coletiva e com a residência multiprofissional em saúde, algumas inflexões foram se produzindo. Uma certa dobra possibilitou interagir com outros campos e práticas, outros modelos de conhecimento e epistemológicos. Por isso, a aventura interdisciplinar é um projeto promissor e, ao mesmo tempo, desafiador.

linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (FREUD, 1996b, p.253).

Ao longo do tempo a psicanálise acumulou méritos e críticas. Depois de Freud, outros autores seguiram a construção e transformação da psicanálise, como Sandor Ferenczi (1873-1933), Melanie Klein (1882-1960), Jacques Lacan (1901-1981), Donald Woods Winnicott (1896-1971), entre outros “clássicos” de uma vasta lista. Além dos citados anteriormente, outros atores descontentes com a psicanálise original foram constituindo distintas abordagens e vertentes, como Wilhelm Reich (1897-1957), Carl Rogers (1902-1987), Erich Fromm (1900-1980), Erik Erikson (1902-1994) e Félix Guattari (1930-1992). Muitos conceitos foram incorporados pela medicina, notadamente na psiquiatria, tendo alguns autores importantes: Michael Balint (1896-1970), Jean Oury (1924-2014), Ludwig Binswanger (1881-1966) e Carl Gustav Jung (1875-1961).

Na terminologia psicanalítica não existe unanimidade para a significação semântica de “vínculo”. Embora não exista uma unidade conceitual, alguns autores aprofundaram seus estudos sobre vínculo e adquiriram destaque, entre eles: Jonh Bowlby (1907-1990), Wilfred Bion (1897-1979) e Enrique Pichon-Rivière (1907-1977). De maneira geral, pode-se considerar que Freud e seus colaboradores estudaram e descreveram fenômenos no campo do vínculo analítico. Fenômenos como: a resistência, a transferência, a contratransferência, os *insights*, as interpretações, as atuações (*actings*), entre outros. Não temos o intuito de aprofundar tais conceitos neste estudo. No entanto, ao retornar a alguns conceitos fundamentais em psicanálise, pode-se atentar para a transferência e a contratransferência – embora com modulações – que são fenômenos que reverberam diretamente sobre os vínculos entre terapeuta e paciente.

A presença permanente no ato analítico do fenômeno transferencial foi analisada por Freud como um dos eventos da “necessidade de repetição”, embora, de acordo com Zimerman (2004), atualmente, prevaleça a noção inversa: “repetição de necessidades” à espera de uma nova chance. “Existe transferência em tudo, mas nem tudo é transferência a ser trabalhada na situação analítica” (ZIMERMAN, 2004, p. 26). Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 514), transferência “designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e,

eminentemente, no quadro da relação analítica”. Freud (1996a), em seu texto “A dinâmica da transferência”, comenta que ao aproximar o sujeito do núcleo patogênico começam a faltar associações para prosseguir no resgate do conflito. Assim, o paciente transfere suas preocupações para o terapeuta, atualizando, na transferência, as monções ternas ou agressivas que não consegue verbalizar. A transferência se estabelece não apenas pelas ideias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes.

Freud, apesar de não ter elaborado uma teoria da contratransferência, ao identificar o fenômeno permitiu colocar em análise o próprio analista, que é o sujeito que escuta os problemas e queixas do outro, porém traz consigo seus sentimentos e sensações e suas marcas nos atendimentos.

A contratransferência atuaria como um impedimento à compreensão (um obstáculo, uma resistência inconsciente) que bloquearia o andamento do processo. Inicialmente, o prefixo “contra” remete ao significado de “obstáculo” (ZIMERMAN, 2004). Entretanto, não há uma unanimidade na conceituação e utilização no campo analítico, em virtude da complexidade e das controvérsias entre diferentes correntes psicanalíticas. Geralmente, é aceita como “conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisado e mais particularmente à transferência deste” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 102).

A constante interação entre analista e paciente implica em um processo de *recíproca introjeção das identificações projetivas do outro*. Quando isso ocorre, mais especificamente na pessoa do analista, pode mobilizar nele, durante a sessão, uma resposta emocional – surda ou manifesta – sob a forma de um conjunto de sentimentos, afetos, associações, fantasias, evocações, lapsos, imagens, sonhos, sensações corporais etc. não raramente, essa resposta emocional pode prolongar no analista para fora da sessão, através de sonhos, *actings*, identificações ou somatizações que traduzem a permanência de resíduos contratransferencias (ZIMERMAN, 2004, p. 144, grifos do autor).

Cada situação analítica tem sua forma singular e única, assim como o fenômeno da contratransferência. Alguns autores afirmam que a contratransferência pode ser percebida conscientemente e que os efeitos contratransferenciais podem ser acessados até mesmo durante a sessão e propiciar um uso proveitoso. Esse fenômeno já passou por distintas avaliações, tanto como algo prejudicial para a análise até a responsabilização do paciente, por meio da “identificação projetiva”, no que o analista sente emocionalmente (ZIMERMAN, 2004).

Zimerman (2000) parte do princípio de que a realidade externa é inseparável da realidade interna e que o conceito de vínculo tem três planos de abrangência de interações: 1) intrapessoal (como os objetos internalizados se relacionam entre si); 2) interpessoal (formas como o indivíduo se relaciona com os demais) e 3) transpessoal (diferentes modos como os indivíduos e grupos se vinculam com normas, leis e valores em outros grupos, além das funções e papéis que desempenham em seu contexto sócio-político-cultural). Os vínculos, além de ligações intra, inter e transpessoais, são acompanhados de emoções e fantasias inconscientes.

O fenômeno dos vínculos e das respectivas configurações vinculares têm referências nos trabalhos psicanalíticos, mesmo que de forma implícita nos textos de Freud, à importância dos “vínculos afetivos”. Os tipos de vínculos (“amor”, “ódio”, “conhecimento” e “reconhecimento”), de acordo com Zimerman (2004), variam entre as ligações do indivíduo com seu mundo exterior até uma designação dos diferentes tipos de ligações (objetos, instâncias psíquicas, entre outras) processadas no mundo interno psíquico do próprio indivíduo. Assim, a definição de vínculo parte de alguns aspectos característicos, como:

O tipo de emoção predominante no vínculo é que vai articular, definir e caracterizar a forma de *vincularidade*. Os vínculos são *imanes*, isto é, sempre existem e são inseparáveis do sujeito. [...] A estrutura dos vínculos é de natureza *reticular*; portanto, em uma forma de ‘rede’, na qual todos os elementos estão entremeados, e não de uma ‘roda’, na qual diversas partes convergem em uma central única (ZIMERMAN, 2004, p. 398, grifos do autor).

Na teoria psicanalítica, a noção de “relações de objeto” é empregada com maior frequência do que o termo “vínculo”.

O conceito de vínculo adotado por Pichon-Rivière (2007) refere-se à maneira com que cada indivíduo se relaciona com outro. O autor considera o vínculo como um tipo particular de relação de objeto e que inclui a conduta (mundo interno e os vínculos com os objetos internos). “O vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através da relação com essa pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e espaços determinados” (PICHON-RIVIÈRE, 2007, p. 31). A influência do arcabouço da psicanálise se manifesta pela concepção de repetição, na qual os indivíduos editariam suas relações infantis na relação estabelecida com o terapeuta. Ainda que o autor reconheça a inexistência da imparcialidade da relação, apoia-se na noção de vínculo condicionado a um processo histórico acumulativo e inconsciente.

Em contraponto às teorias psicanalíticas que tentam assinalar a origem do sujeito sustentando-se na existência da sexualidade e da infância no “*a priori*”, a partir de elementos prévios, Guattari (1992) compreende que os saberes construídos devem encontrar formas de desvios, ou seja, marcar uma irreversível produção de subjetividade na constituição de acontecimentos. O acontecimento pode ser compreendido como “ato, processo e resultado da atividade afirmativa do acaso. É o momento de aparição do novo absoluto, da diferença e da singularidade” (BAREMBLITT, 2002, p. 134).

Portanto não se visa, aqui, a ‘ultrapassar’ ou a apagar para sempre da memória o fato freudiano, mas a reorientar seus conceitos e suas práticas para fazer deles outro uso, para desenraizá-los de seus vínculos pré-estruturalistas com uma subjetividade totalmente ancorada no passado individual e coletivo (GUATTARI, 2001, p.20).

Guattari (2001) constitui uma base epistemológica distinta da psicanálise, apoiando-se em um paradigma ético-estético-político, discorrendo sobre a égide da “ecosofia”, uma articulação das práticas sociais e individuais entre três registros ecológicos: meio ambiente (ambiental), relações sociais (social) e subjetividade humana (mental).

As três ecologias deveriam ser concebidas como sendo da alçada de uma disciplina comum ético-estética e, ao mesmo tempo, como distintas uma das outras do ponto de vista das práticas que as

caracterizam. Seus registros são da alçada do que chamei *heterogênese*, isto é, processo contínuo de ressingularização. Os indivíduos devem se tornar a um só tempo solidários e cada vez mais diferentes (GUATTARI, 2011, p.55, grifo do autor).

Da parceria profícua entre Deleuze e Guattari alicerçam-se as ideias sobre a “esquizoanálise”, com base teórica sofisticada, considerada pelos autores não como uma ciência ou disciplina, mas um novo modo de pensar, ser e viver (BAREMBLITT, 2002), relativos a paradigmas ético-estéticos (GUATTARI, 1992).

A esquizoanálise parte de estudos relacionados à psicose, diferentemente da psicanálise fundada nas pesquisas das neuroses, recusando-se a rebater o desejo sobre os sistemas “personológicos”, denegando a eficácia à transferência e à interpretação (GUATTARI; ROLNIK, 2011). Realiza, portanto, uma crítica ao reducionismo proposto pela psicanálise, a partir da predefinição das questões inconscientes edipianas. Se por sujeito Freud refere-se ao “sujeito do enunciado” ou das instâncias psíquicas, Guattari prefere “agenciamento coletivo de enunciação”, considerando que ele não se refere à entidade individuada e socialmente predeterminada, “[...] um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquinica, gnosiológica, imaginária” (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 381).

Trata-se, portanto, de compreender a subjetividade como uma produção desejante e em processo em construção. É o desejo em posição de produzir seus objetos e modos de subjetivação, assim como o processo implicado com a ideia de ruptura permanente dos equilíbrios estabelecidos. Guattari (1992) propõe uma definição provisória para subjetividade, como

O conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *território existencial* auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com a alteridade ela mesma subjetiva (GUATTARI, 1992, p. 19, grifo do autor).

O autor entende a noção de território de forma ampla, referindo-se tanto ao espaço vivido quanto num sistema considerado seguro. Seria

um conjunto de projetos e de representações que desencadeiam uma série de comportamentos e investimentos em tempos e espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos (GUATTARI; ROLNIK, 2011). “Os dispositivos de produção de subjetividade podem existir em escala de megalópoles assim como em escala dos jogos de linguagem de um indivíduo” (GUATTARI, 1992, p. 33). Na obra dos franceses Guattari e Deleuze, ainda que não se extraia uma teoria do vínculo, nem mesmo um conceito, a relação entre vínculo e território existencial sinaliza uma produção de subjetividade em intenso movimento que ora se individua e ora se faz coletiva.

O termo ‘coletivo’ deve ser entendido aqui no sentido de uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao *socius*, assim como aquém da pessoa, junto a intensidade pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos circunscritos (GUATTARI, 1992, p. 20).

Assim, forjar uma concepção de vínculo não só na composição entre indivíduos, mas na conexão e relação com coletivos, como o espaço vivido, na ordem da produção e das relações sociais que ora aproximam-se e, ora distanciam-se. A coexistência do coletivo e do singular.

Alguns conceitos, concepções e influências, tanto da psicanálise²¹ quanto da esquizoanálise²², sustentados por autores contemporâneos do campo da saúde coletiva, são incorporados no trabalho em saúde. A clínica amparou-se em métodos e dispositivos no processo de cuidado oriundos de diferentes vertentes.

Merhy (1997), por exemplo, considera a clínica, campo da operação das tecnologias leves, como uma ação realizada por todos os trabalhadores em saúde. Já Campos (2003b) faz alusão a uma clínica reformada e ampliada no processo de trabalho em saúde. Ambos valorizam a produção de vínculos como uma superação da fragmentação decorrente da especialização e tecnicismo entre biologia, sociabilidade e subjetividade, embora com alinhamentos teóricos distintos.

²¹ Rosana Onocko Campos, no livro *Psicanálise & saúde coletiva* (2012), realiza uma profunda análise sobre suas interfaces.

²² Osvaldo Saidón, no livro *Devires da clínica* (2008), apresenta a influência de Deleuze e Guattari para pensar a prática clínica.

A construção de vínculo é um recurso terapêutico. *Therapeutike* é uma palavra grega e significa *eu curo*. Terapêutica é uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (CAMPOS, 2003b, p. 68).

O próprio MS estabelece como referência a noção de uma “clínica ampliada”, que incorpora um olhar mais abrangente sobre a concepção de sujeito, da capacidade de escuta e de comunicação entre todos os envolvidos na produção de saúde.

A “clínica ampliada” estaria relacionada às diretrizes de trabalho para o cuidado “humanizado”. A tradução desta clínica ampliada é incorporada na Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS (PNH) (BRASIL, 2008). A própria PNH apresenta uma concepção de vínculo:

A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente a um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2008, p. 70).

Parece-nos que a PNH, implicitamente, induz a uma visão “positiva” de vínculo. Contudo, a aproximação entre esses indivíduos não é necessariamente positiva, pois nem sempre se busca o equilíbrio e o acordo mútuo; por vezes, o encontro é reduzido a resultados. Neste processo, o vínculo pode ser uma expressão da diferença conflitante sustentável apenas pela necessidade de ambas as partes. Assim, a ligação entre vínculo e clínica, assim como na relação médico e usuário,

pode indicar alguns elementos que se aproximam e afastam. Caso se considere a clínica “moderna” como insatisfatória e incapaz de produzir vínculos, não é ofertando uma clínica “positiva”, “boa”, e “generosa” que se conseguirá problematizar o modelo de clínica que poderíamos considerar “negativa”.

A clínica, analisada estruturalmente, identificando suas contradições e expondo-as, poderá permitir encontrar os núcleos de sentido para a sua extinção (modificação), se for o caso. A partir deste salto no escuro, podemos (ou não) recolocar o que chamamos de “clínica como cuidado” numa alteração radical de seu núcleo duro, qual seja, a dupla abstração do sujeito. Chamar a clínica hoje existente de “degradada” não leva a nada, a não ser à tolice de impor um atributo moral ao trabalho de milhares de trabalhadores e, assim sendo, chamar para o “combate” aqueles que nela já se encontram. De um lado, há quem deseje uma modificação da clínica – não a sua, mas a do outro. Portanto, analisar os vínculos produzidos na clínica significa considerá-los nela mesma e com tudo o que ela nos apresenta.

A PNAB também apresenta uma definição para vínculo associada à continuidade e a coordenação do cuidado. Como veremos, a referência não expressa, mas considera a “positividade” do vínculo. Por isso alguns questionamentos podem ser feitos: Como surge esse vínculo? Para quê esse vínculo? Para quem esse vínculo? Esse vínculo está a serviço de qual concepção de vida, saúde, doença e morte?

O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das

histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012, p. 21, grifo nosso).

Em uma revisão sistemática na literatura, a partir de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), sobre o vínculo na atenção à saúde, entre 1998 até 2007, Brunello et al. (2010) identificaram um aumento de produções a partir de 2004, predominando publicações em periódicos que valorizam a saúde coletiva. Os autores partem da concepção de vínculo proposta por Barbara Starfield, compreendendo vínculo como:

[...] a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias (BRUNELLO et al., 2010, p. 132).

Os autores consideram que o estabelecimento do tipo de relação entre equipe e usuários colabora para que os profissionais compreendam os problemas e necessidades da população, podendo encontrar soluções compartilhadas e melhorar os serviços (BRUNELLO et al., 2010). O vínculo aparece como prática de saúde voltada para a qualidade e sua consolidação estaria pautada na avaliação do atendimento prestado.

Neste passo, é importante tecer algumas considerações sobre o vínculo a partir das categorias “prática” e “qualidade” e suas armadilhas da linguagem:

1) vínculo como prática: se é prática, tem objeto, meios e fins; todos se amalgamando na relação. Assim, preferimos pensar o vínculo como produto processual de uma relação que pode ou não assumir práticas solidárias, ou que em alguns momentos do processo assume uma ou outra atitude. Por outro lado, também seria possível estabelecer vínculos como condições de dominação, de servidão e de prescrição;

2) vínculo como qualidade: se tudo é qualidade, mesmo quando nos referimos a uma grandeza quantitativa, uma quantidade sem aposição de uma qualidade é nada, fica desprovida de significado. Se se escreve em um lugar qualquer “1”, o que isto significa? Absolutamente nada. Agora se escrevo ou desenho “1 ☺”, tudo muda. De imediato o observador poderá criar significados (interpretações) pelo que vê: uma

cara, um desenho, uma cara rindo, um sujeito dando risada, um sujeito feliz etc. Portanto, a quantidade, o símbolo gráfico do número “um” não faz o menor sentido, a não ser que eu lhe atribua um.

Como vemos, as definições de vínculo possuem um caráter abrangente. A diversidade de enunciados aceita uma quimera de sentidos, demandando, a nosso ver, articulações para compor uma miragem efêmera. Um dos desafios é combinar a palavra vínculo sem considerá-la um imperativo, pois se trata de um agrupamento conveniente com um conjunto de tendências cognitivas e políticas, formando uma superposição e transvariações, tal como uma impressão simultânea num mesmo pedaço de filme de duas imagens fotografadas separadamente, ou o efeito resultante dela; sobreimpressão.

Ainda que a relação existente entre os conjuntos de valores da mesma variável aleatória seja em proximidades ou em distanciamentos, pode-se considerar que perduram os registros valorizando a importância da produção de vínculo. Em geral, trabalhadores, usuários e gestores apontam como relevante o vínculo e seu potencial terapêutico.

Optamos por uma concepção, conforme iniciamos este capítulo, de “produção de vínculo” como uma configuração peculiar, característica do que consideramos algo do nosso tempo e de nossa sociedade, entre pessoas e seus coletivos, relacional e imaterial, uma tradução de experiências de cuidado. Assim, não podemos deixar de considerar o objeto deste estudo um tema potencial para a conexão entre os atores envolvidos com a saúde no Brasil, especialmente na relação estabelecida entre médico-usuário.

4. Medicina, clínica e indivíduo: o jogo de relações entre os agentes

Neste capítulo analisa-se o jogo de relações entre os agentes, explorando a noção de saúde baseada em evidências, a dimensão da medicina como abordagem para problematizar a concepção do processo saúde-doença e suas especificidades na atuação relacionando as pessoas suas famílias e comunidade.

4.1 Medicina e clínica: a saúde baseada em evidências

*El mar moverá la luna,
O la luna a las mareas.
Se nace lo que se es
O se será aquello lo que se crea.
Yo estoy aquí perplejo,
No soy mas que todo oídos
Me quedo con mucha suerte
Tres mil millones de mis latidos*

Jorge Drexler,
Cantor, compositor e médico uruguaio

Um indivíduo, com cerca de 80 anos de idade, teve aproximadamente em média três bilhões de batimentos cardíacos (*tres mil millones de mis latidos*). A probabilidade estatística referida na música sugere a sorte de cada pessoa conseguir viver uma vida longa.

Trata-se de uma estimativa (expectativa de vida) confluyente de fatores genéticos e acesso a serviços (saneamento, cultura, lazer, educação etc.), realizada a partir de um cálculo aproximado de como o corpo responde e quanto pode esperar viver. Contudo, não seria o corpo uma passagem e movimento de como se vive?

Ao recorrer à filosofia para elucidar o conceito de saúde, Canguilhem (2005) destaca que a medicina acompanhou intimamente as transformações na compreensão do processo saúde-doença. A “*ideia*” do corpo, como aquilo que valida a vida para mim e para o “*meu*” médico, surge como artifício para sustentar a “saúde sem ideia”, isto é, “meu médico é aquele que aceita, de um modo geral, que eu o instrua sobre aquilo que só eu estou fundamentado para dizer, ou seja, o que meu corpo me anuncia por meio dos sintomas e cujo sentido não me é claro” (CANGUILHEM, 2005, p. 45). Portanto, o meu médico é interprete daquilo que vejo.

Até o começo do século XVIII, a medicina sustentava a tese de que há uma cooperação entre médico e natureza. Seria a colaboração da natureza como o próprio remédio a ser prescrito. Em outras palavras, a natureza desvelaria a doença sempre que houvesse necessidade de intervenção do médico. O ser humano contaria com um organismo e seus dispositivos de segurança capazes de combater os riscos na sua relação com o seu meio. O “poder curativo da natureza” seria parte de uma literatura médica-filosófica considerável (CANGUILHEM, 2005).

No século XIX, o tema da natureza curativa necessitou se exilar na literatura popular, enquanto os “fenômenos do silêncio espontâneo da natureza” divulgado pelos médicos austríacos e franceses, a partir da conjugação anatomopatológica e novas técnicas de exploração clínica, adquirem visibilidade e elevado apreço (CANGUILHEM, 2005).

A partir do momento que a medicina fundamenta seu diagnóstico não mais na observação de sintomas espontâneos, mas no exame de sinais provocados, as relações do médico e do doente com a natureza se vêm perturbadas (CANGUILHEM, 2005, p. 20).

Sem a distinção entre sinais e sintomas, o doente é induzido a considerar natural qualquer conduta regulada exclusivamente pelos sintomas. Assim, o médico não pode confiar em tudo que diz a natureza, por isso duvida do que expõe e o modo como se pronuncia.

No século XIX, com o advento da medicina ocidental moderna e sua trama entre o processo patológico e um agente causal, fica possível compreender a saúde e a doença como vinculadas a uma causa, o que sustenta a racionalidade médica, considera Canguilhem (2005). O próprio conceito de “doença” é indefinido na literatura médica, assinala Camargo Jr. (1998). Os textos médicos, afirma o autor, trazem algumas características para definir o que seriam as doenças: 1) têm existência real, por isso, são “coisas”; 2) são idênticas em todos os lugares e tempos; 3) têm causa e 4) por serem acometimentos orgânicos, provocam marcas (lesões) no corpo. Essas definições são fruto da própria história da medicina.

Na história da medicina, chama atenção a relação entre os sujeitos, seus discursos e suas práticas, o encontro entre o médico, o usuário (paciente), as famílias, as comunidades, a procura de um cuidado em saúde e das respostas sobre o adoecimento. Sem a intenção

de reescrever a história, pode-se dizer sinteticamente que a medicina moderna tem seu surgimento na anatomia patológica, na fisiologia aplicada à clínica e na microbiologia. As duas últimas têm enorme importância na conceituação moderna de doença diagnosticada através de suas “causas”.

A sociedade designou para médicos e pessoas certos papéis ou modos de comportar-se. Os médicos receberam poder, autoridade e respeito para atender às necessidades das pessoas e tomar certas decisões em nome delas. Esse é o modelo paternalista tradicional: o médico decide e a pessoa cumpre as determinações (ou faz de conta que cumpre). Nesse modelo, a pessoa tem sido sugestionada a dar essa responsabilidade ao médico e a entrar num papel de “doente” ou “dependente” (LOPES, 2012, p. 115).

A medicina moderna conceitua-se por se referir tanto a uma prática quanto a um saber. Contudo, não constitui um “bloco conceitual monolítico”, formado apenas de um conceito. A expressão “medicina”, de acordo com Camargo Jr. (1992), abrange: 1) técnicas de prospecção de queixas (anamnese); 2) exame minucioso de sinais (semiologia); 3) categorias diagnósticas de doenças e 4) um conjunto de estratégias de extermínio das “doenças”, isto é, o tratamento (clínica) habitualmente fundamentado na ação cirúrgica ou medicamentosa.

Camargo Jr. (1992) considera que categorias fundamentais, como “sofrimento”, “saúde”, “homem”, “vida”, “cura”, são vistas como espaço da metafísica e, historicamente, foram excluídas do escopo do discurso da medicina. Ainda, dentro dos manuais da clínica, a doença é vista como sua unidade básica, iniciando com sua descrição (sinais e sintomas, características laboratoriais e epidemiológicas) até o encerramento com o tratamento (medicamentoso, em geral).

Foucault (2015) apresenta o corpo como espaço de doença passível de diferentes leituras em busca de significados para o doente, no processo de desencadear sintomas – como para o clínico, quando busca sinais ao examinar o corpo do outro para encontrar formas visíveis da doença. O destaque ao sintoma como única forma de acesso à doença perdura até o século XVIII.

O advento da clínica anatomopatológica reformula o saber médico, incorporando um conjunto de técnicas que irá permitir a leitura

dos sintomas com a pesquisa dos sinais. O advento do campo institucionalizado de conhecimento – a patologia – torna visível o acesso à doença. A semiologia médica, portanto, começa a se arquitetar como uma área de saber específico, permitindo à medicina ocupar o lugar de ciência do “olhar”, que se desdobra com o advento da anatomia patológica. A questão do olhar, assim como a escuta, será tratada de modo transversal em outros momentos da discussão e análise desta pesquisa.

A composição do olhar que torna visível o invisível permitiu que o médico pudesse interpretar através do corpo. Assim, a partir do sintoma ele elabora uma abstração do sujeito que o detém. Traduz o sintoma pelo olhar e, olhando o invisível diz de um visível traduzido, transformado, interpretado em sinal, signo. Camargo Jr. (1992) chama esse processo de sistematização em “caminhos de objetivação”.

A pessoa diz: “tenho dor de cabeça”. O médico ouve e, de pronto, “vê” através do corpo a lesão anatômica. De posse dessa informação traduzida de uma afirmação do sujeito, o médico qualifica (qual a intensidade, qual a frequência, em que lugar exato aparece, tem alguma coisa a mais do que a dor – náusea, escotomas, tonteira?), classifica (dor de cabeça, náusea, escotomas cintilantes, fonofobia, fotofobia, vertigem rotatória), hierarquiza (mais à tarde, mais à noite, mais pela manhã), e, taxativo, profere o diagnóstico: “enxaqueca”. Nesse contexto não se está mais diante de uma “dor de cabeça”, mas de uma “enxaqueca”.

A linguagem (para “iniciados”), como alude Camargo Jr. (1992), estabelece outro elemento, que permitirá o jogo probabilístico do quadro e a segunda abstração do sujeito. Neste instante, a pessoa, o sujeito, deixa de ser. Em seu lugar, está uma “doença”, um corpo ou um pedaço dele doente, lesionado, mal funcionante, inadequado, anormal. E a doença, pelo golpe do olhar médico, torna-se, ela própria, um ser.

Assim, “quando o médico, o doente e o entorno do doente falam de doença, será que eles se referem verdadeiramente à mesma realidade?”, questiona Mirko Grmek (1924-2000), francês historiador da medicina.

Com efeito, em se tratando de “doença” na literatura científica de língua inglesa há pelo menos três formas de referência ao termo: 1) *disease*, para referir-se à conceituação de enfermidade/doença realizada pelo médico; 2) *illness*, para designar a experiência subjetiva da doença, a vivência ou o sofrimento individual, e 3) *sickness*, para designar a percepção da doença pelo entorno não médico da pessoa afetada (CAPONI, 2009).

A resposta da questão de Grmek poderia ser: “O que paciente percebe e o que o médico vê não são necessariamente a ‘mesma coisa’” (CAMARGO JR., 1998, p. 10). Na perspectiva indicada por Camargo Jr. (1998), na sociedade toma-se o médico como quem teria a visão “científica”, “exata”, a expressão última da verdade, enquanto o usuário traria o “impreciso”, o “subjetivo”, o “não confiável”, como dois habitantes de lados opostos. Uma relação assimétrica entre médico e usuário, o que Camargo Jr. (1998) nos mostra da seguinte forma: o paciente diz do seu mal-estar, o médico da doença; o paciente não sabe, enquanto o médico sabe; o paciente é subjetivo, oposto do médico, objetivo; o paciente espera, já o médico age; o paciente se queixa, o médico examina; o paciente supõe, o médico diagnostica; o paciente é indefinido, o médico é exato.

Para Foucault (2015), a transformação da organização do conhecimento médico e sua prática se alteram no início do século XIX. A configuração de uma medicina moderna arquitetada sob uma medicina anatomopatológica está interessada no “*aonde sente?*”, diferentemente da indagação sobre “*o que sente?*”. O olhar clínico realiza uma inversão, um giro sobre si, ao indagar a morte sobre explicação da vida. O autor nos traz a noção de que o olhar do médico se desloca para o espaço da lesão. Nesse deslocamento, o olhar transpassa o corpo e vê no tecido, a partir da presença de lesão do corpo morto, a alma da doença. Um olhar que, na ida até a lesão, se enche de potenciais classificações e, no retorno, traz consigo uma hipótese classificatória, probabilística, representacional. Se a medicina clássica tem como seu objeto a doença como essência abstrata, a medicina clínica detém um saber sobre o indivíduo como corpo doente, determinando uma intervenção sobre a sua singularidade. Portanto, olhando os mortos se vê os vivos. O olhar clínico médico, estruturado no princípio anatomopatológico, aplicado nos cadáveres, existe somente em “fato patológico comparado” (FOUCAULT, 2015, p. 148).

De acordo com Camargo Jr. (1992), a medicina como conceito fundamental pode ser vista como uma mistura de peças dissimétricas e desarticuladas que inclui tradição, ciência, pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos, movimentando-se num emaranhado de incertezas. O autor considera que a sustentação da prática médica na atualidade é cada vez mais hegemônica, porém com uma grande desarticulação metodológica e um forte enraizamento ideológico. Por isso, examina o próprio ato médico que abrange determinações que vão desde aspectos econômicos até aspectos psicológicos. Subdivide o ato

em três aspectos elementares: 1) busca pela atenção médica (estratégia para eliminar e controlar o sofrimento), 2) A prática médica (o procedimento padronizado do corpo de especialistas) e 3) o “saber” que transmite.

A dita “ciência médica” afasta o que se refere à subjetividade, colocado como algo não científico, podendo inclusive ser objeto de uma “farmacologização” em nome dela mesma. Ainda que com a objetividade empregada nas análises dos dados de exames, o processo de interpretação do médico estará sujeito à sua subjetividade, pois o processo clínico está incorporado à noção de interpretação e, neste caso, a chave da interpretação debruça-se sobre o arcabouço teórico da clínica.

Em síntese, poderíamos conceber a “ciência moderna” como um tipo de saber sistemático sobre as coisas. Um saber que inclui um objeto específico e uma aproximação própria destes mesmos objetos (método). A “prática” propriamente dita pode ser vista como um complexo que produz trabalho e conceitos sobre um objeto, por dispositivos de aproximação (meios), com um determinado fim, e a “clínica”.

Camargo Jr. (1992) nos leva a interrogar-nos sobre a ciência da doença, permitindo compreender que ela é do médico, pois muitas vezes o próprio paciente é esquecido nesse trajeto do cuidado. Se o médico passa a procurar a doença no paciente a partir de certos métodos de coleta de dados (anamnese, exame físico), sua própria forma de interrogar pode induzir a sintomas, sendo que os critérios de aproveitamento desses dados são decididos por sua própria sistematização clínica. Se o médico é formado para saber sobre as doenças, como o médico se interroga sobre saúde? Se a “teoria das doenças”, conforme Camargo Jr (1992), é o eixo principal da “teoria da medicina”, tudo mais é secundário. “O saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui” (CAMARGO JR., 1992, p. 210). Dentro dessa lógica, a racionalidade médica segue valorizando o conhecimento nosológico, fortemente ligado ao olhar da clínica.

Donnangelo (1975) e Mendes-Gonçalves (1996) entendem que a medicina não seria uma ciência, mas uma prática técnica e social, concomitantes, com núcleos de cientificidade.

Castiel (1999) refere que os textos médicos descrevem, frequentemente, a medicina como ciência, mesmo com as incertezas de sua prática. As limitações tendem a ser vistas como transitórias ou locais, levando em consideração que tudo pode potencialmente ser

conhecido, quantificado, predito e medido. Assim, o progresso “tecnocientífico” da medicina é esperado para viabilizar a expansão de domínios da investigação da natureza. Se há dúvida, surgem cálculos probabilísticos, permitindo alguma certeza aproximada.

Um dos elementos fundamentais da medicina moderna é o meio epistemológico no qual ela se desenvolveu, ou seja, a clínica. Assim, o olhar da clínica incorpora o cálculo probabilístico, situado no âmbito da matemática e da estatística. A medicina e a epidemiologia se aproximam, isto porque a primeira tem como objeto o corpo humano doente (o corpo do indivíduo). A outra tem seu objeto localizado na doença vista nas populações, portanto, dois objetos distintos. Uma conduz a uma prática; a outra alimenta uma ciência. Neste momento colocamos em evidência a epidemiologia como centro da discussão.

A epidemiologia, palavra derivada das palavras gregas *epi* “sobre”, *demos* “povo” e *logos* “estudo”, concentra esforços em medir ações e aspectos ligados às doenças e seu comportamento nas populações, utilizada como uma ferramenta para conduzir decisões e ações no âmbito da saúde pública. Entretanto, mais do que isso, ela é uma ciência que se debruça sobre seu objeto próprio: as doenças. Mas é o estudo do comportamento das doenças nas coletividades, não visa, portanto, a saúde. Compreende a vigilância, a observação, o teste de hipóteses e pesquisas analíticas e experimentais, referindo-se à análise quanto ao tempo, pessoas, lugares e grupos de indivíduos afetados. Inclui fatores que afetam o estado de saúde, dentre os quais estão os fatores biológicos, químicos, físicos, sociais, culturais, econômicos, genéticos e comportamentais, referindo-se a doenças, causas de óbito, hábitos comportamentais, reações a medidas preventivas, utilização e oferta de serviços de saúde entre outros (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

As produções de conhecimento sobre as cargas de doenças subsistentes na população servem e permitem às autoridades de saúde a utilização de recursos por meio da identificação de programas curativos e preventivos prioritários para a população (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). A partir da utilização das descrições realizadas, têm-se efeitos na construção epidemiológica em saúde. Assim, a epidemiologia torna-se uma ferramenta poderosa para nortear a tomada de decisões. Há muitos exemplos positivos que apontam os benefícios das descobertas da epidemiologia, tais como o papel do abastecimento de água na causalidade das mortes por cólera no século XIX, os estudos sobre a varíola para seu enfrentamento, os cuidados necessários para

evitar o envenenamento por metilmercúrio, as febres reumáticas e doenças reumáticas cardíacas relacionadas ao baixo nível socioeconômico, os distúrbios por deficiência de iodo, entre tantos outros.

No entanto, “as definições dos estados de saúde utilizadas por epidemiologistas tendem a ser extremamente simples, como, por exemplo, ‘doença presente’ ou ‘doença ausente’” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010, p. 15). Não é uma definição clara do que se trata por “normalidade” e “anormalidade”; mesmo assim, são desenvolvidos critérios para determinar a presença de uma doença. Geralmente, os sintomas, os sinais, a história clínica e os resultados de testes servem de critérios diagnósticos. Estes critérios podem se transformar com grande velocidade pelo número de novos conhecimentos científicos, ou pelo aperfeiçoamento de técnicas diagnósticas. Inclusive, mudando de acordo com o contexto em que estão sendo utilizados (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Assim, fatores demográficos, geográficos e ambientais são elementos utilizados para colaborar nos estudos das pessoas suscetíveis a determinadas doenças, as chamadas “populações em risco”. Os cálculos das medidas de ocorrência de doenças levam em consideração as pessoas expostas que podem vir a ter uma doença.

Na epidemiologia, risco significa a *probabilidade* de um indivíduo adoecer durante um intervalo de tempo determinado; é uma probabilidade condicionada à ausência de riscos competitivos, ou seja, baseada na premissa de que o indivíduo não morra por nenhuma outra causa ao longo do período de observação, *antes de desenvolver o problema* de saúde em questão. Embora referido ao nível individual, o conceito de risco é expresso numericamente a partir de observações envolvendo grupos individuais (MEDRONHO, 2002, p. 16, grifos nossos).

Para definir e indicar a população em risco, tem-se duas definições importantes: incidência que representa o número de novos casos de doença durante um período específico de tempo, e prevalência, que seria o número de casos existentes (novos e velhos) de uma doença em um ponto do tempo (MEDRONHO, 2002). As duas definições são

medidas que envolvem a contagem de casos. No caso da incidência, “expressa o risco de tornar-se doente; é a principal medida para doenças ou condições agudas, mas pode, também, ser utilizada para doenças crônicas; mais útil em estudos de causalidade” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010, p. 18). No caso da prevalência, “estima a probabilidade de a população estar doente no período do tempo em que o estudo está sendo realizado” (ibid., p. 18).

A investigação sobre o estado de saúde de uma população é realizada com frequência a partir de informações disponíveis e coletadas para “medir” as doenças. Em muitos países, os registros de atestados de nascimento e óbito têm diferentes informações, tais como idade, sexo, data e local de nascimento etc. Assim, os registros foram consolidando sistemas de informações sobre as condições de doença da população.

Em 1662, ao elaborar as listas de mortalidade de Londres (*Bills of Mortality*), Jonh Graunt já discutia sobre a dificuldade de indicar o verdadeiro diagnóstico da causa de morte dando início ao desenvolvimento de uma classificação de causas de morte. No século XIX, o médico e estatístico inglês William Farr dedicou-se a classificar e uniformizar as diversas causas de morte, tendo o seu trabalho sido aprovado por outros países, tornando-se de uso internacional em 1893. O seu trabalho é precursor da Classificação Internacional de Doenças – CID. As revisões periódicas da CID, desde a Sexta Revisão, vêm sendo coordenadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MEDRONHO, 2002, p. 43).

Os movimentos de investigação foram impulsionando, inclusive, a construção de classificações estatísticas de doenças, com tamanho aperfeiçoamento, que o próprio sistema de Classificação Internacional de Doenças, em suas várias edições, continua classificando sem que se defina o que se está a classificar (CAMARGO JR., 1992). Também aparecem outros modelos de classificação internacional referentes, por exemplo, à “funcionalidade” e à “incapacidade”, esquadrinhando as consequências, as limitações e as incapacidades provocadas pelas doenças nos sujeitos.

Em geral, uma doença ou uma incapacidade individual interfere em determinadas relações sociais de produção, pois seu desfecho acaba

onerando o Estado, já que esses indivíduos não “produzem”, não trabalham, não geram lucro, nem movimento econômico. Há um indicador interessante que ilustra um pouco essa ideia associada de produção, trabalho e saúde, chamado de “Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)”, que consiste em uma “medida de mortalidade baseada não só na dimensão da frequência com que os óbitos ocorrem [...], mas também da dimensão do tempo que se deixou de viver em decorrência de uma morte” (MEDRONHO, 2002, p. 64).

Portanto, não é somente a mortalidade que fornece um panorama das causas que afetam o estado de saúde de uma população, pois a “longevidade” também reflete a “qualidade de vida”. Notamos a abundância destes tipos de indicadores: expectativa de vida saudável (EVS); expectativa de vida livre de incapacidade (EVLI); qualidade de vida ajustada para anos de vida (QVAV) e incapacidade ajustada para anos de vida (IAV). De tal modo, o uso destes indicadores serve para a construção de cálculos sobre a vida das pessoas, partindo da premissa da estatística, definindo possíveis intervenções, delineando políticas, guiando ações e decisões, reservando orçamentos, isto é, o governo dos vivos, dos outros.

Taxas de mortalidade, coeficientes de mortalidade infantil, taxa de mortalidade materna, coeficientes de mortalidade fetal, mortalidade proporcional com 50 anos ou mais de vida, além de dados sobre morbidade – “qualquer afastamento de um estado de bem-estar fisiológico ou psicológico, aferido objetivamente ou referido de forma subjetiva” (MEDRONHO, 2002, p. 67) –, acompanham equações complexas e com muitas variáveis. Tais equações trazem em si respostas para quais problemas?

O paradigma dominante na ciência médica contemporânea reza que seria imprescindível tomarmos decisões baseando-nos em conhecimentos solidamente assentados, os quais só seriam acessíveis por meio de ensaios clínicos controlados e aleatorizados, quanto mais ‘randomizados e cegos’ melhor. Esse seria o desenho ‘padrão ouro’ e daí em diante todos os outros tipos de estudos produziriam níveis de evidência menos confiáveis (CAMPOS; ONOCKO-CAMPOS; DEL BARRIO, 2013, p. 2798).

Assim sendo, os indicadores tornam-se produções de conhecimento, e, especialmente, saberes de doenças. Se “uma doença é uma construção, um artefato do conhecimento” (CAMARGO JR., 1998, p. 7), um recurso a ser utilizado para solucionar os problemas enfrentados pelas pessoas, parece necessário indagar: como investigar a construção de conhecimento de saúde? Nesta história de construção da doença, a medicina pareceu desaperceber-se dos doentes para evidenciar as doenças, apesar de afirmar o contrário. Duas disciplinas do campo da ciência médica, conforme referimos anteriormente, trabalham no refinamento da descrição das doenças: a Clínica e a Epidemiologia. A clínica produz descrições genéricas e a epidemiologia observa a população na construção de “dados naturais” (CAMARGO JR., 1998; 2005).

Schmidt e Duncan (2013) consideram que as investigações denominadas “clínico-epidemiológicas” são usadas nas práticas dos profissionais de saúde, permitindo usar técnicas e medidas baseadas em evidência. Por isso, a “epidemiologia clínica” embasa práticas diagnósticas e decisões terapêuticas.

A terapia prescrita para uma doença tem como meta a melhora de seu curso clínico, o que pode significar atenuação de sintomas manifestos ou prevenção de outros ainda latentes. Alcançar essa meta nem sempre é fácil, sobremaneira para tratamentos crônicos, em que possíveis efeitos adversos, inconveniências e custos nem sempre contrabalançam os potenciais benefícios. Prescrever ou não um determinado tratamento depende, pois, do balanço adequado entre benefício e risco/custo, avaliado a partir de boas evidências clínico-epidemiológicas (SCHMIDT; DUNCAN, 2013, p. 59).

O grau de sofisticação das evidências clínico-epidemiológicas impulsiona uma “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), tornando-se um grande “valor” para os médicos em suas intervenções clínicas. No início da década de 1990, a emergência da MBE está fortemente relacionada ao movimento da “epidemiologia clínica” anglo-saxônica, especialmente no Canadá (CASTIEL, 1999). “MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma

racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica” (LOPES, 2000, p. 285). A tal afirmação ainda se acrescenta tratar-se do “uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis atualmente para a tomada de decisões acerca do cuidado dos pacientes” (STEIN, 2012, p. 184). Constitui, portanto, uma orientação para a formação médica, com o intuito de interferir na prática decorrente de uma lógica cientificista orientadora da decisão de cuidados clínicos, partindo da premissa de que as “melhores” evidências científicas, ao serem aplicadas no cuidado individual, promoveriam o “melhor” tratamento possível.

A ‘medicina baseada em evidências’, apoiando-se na estatística e na epidemiologia clínica, significaria uma reforma radical do saber e da prática médica, conseguindo graças a esses novos procedimentos superar uma série de fatos negativos que estariam ameaçando a hegemonia da biomedicina. A introdução deste novo discurso seria potente para regular a incorporação de tecnologia, evitaria a iatrogenia, procedimentos desnecessários e a má-prática em geral (CAMPOS, 2003a, p. 216).

A busca de evidências já organizadas para consulta rápida com maior aplicabilidade prática é cada vez mais popular no meio médico e é facilmente obtida em diferentes portais eletrônicos²³ e aplicativos para aparelhos móveis. De certo modo, uma preconização de práticas de cuidado predefinidos, dando uma ideia de “respostas rápidas” e desfechos relevantes às demandas da clínica. Como explicar riscos e benefícios das opções disponíveis de cuidados médicos entrecruzando com necessidades, desejos e valores dos usuários?

Castiel (1999) salienta a metamorfose gramatical que ocorre entre MBE e epidemiologia clínica:

O adjetivo ‘clínica’ se transforma no substantivo de mais amplitude ‘medicina’, e recebe uma

²³ São alguns exemplos: *Cochrane Collaboration* (<<http://cochrane.bvsalud.org/portal>>), *Dynamed e Best Practice* (<<http://periodicos.capes.gov.br>>), *British Medical Journal* (<<http://www.bmj.com/thebmj>>).

locução adjetiva de indiscutível efeito retórico. ‘Baseada’ veicula a sugestiva ideia de solidez, como uma ‘fundação/fundamento’, que será constituída pelo elemento sensorial humano considerado mais fidedigno (a visão) para o testemunho de fatos que então poderão ser *evidenciados* como ‘verdades’ (CASTIEL, 1999, p. 31, grifo do autor).

O acesso a conhecimentos científicos, por meio de publicações sistematicamente revisadas e atualizadas, torna-se uma ferramenta de “valor de uso”, elevando a clínica médica a um patamar de maior “cientificidade” e conferindo à prática clínica maior “legitimidade”. Tal respaldo científico, nos últimos anos, vem ganhando popularidade entre as outras áreas biomédicas, tendo-se a noção atual de uma “Saúde Baseada em Evidências”²⁴, fundamentando teoricamente a prevenção, intervenção e diagnóstico nas diversas áreas da saúde.

Do ponto de vista histórico, pode-se afirmar que o conceito de prevenção alterou-se da saúde pública para a clínica das doenças a partir do modelo da “História Natural da Doença”, desenvolvido na perspectiva da Medicina Preventiva. A formulação de Hugh Leavell e Edwin Clark, no final da década de 1940, denominada como “História Natural de Qualquer Processo Mórbito no Homem”, procura reforçar a lógica da intervenção médica: “evitar ou retardar a progressão de doenças ou minimizar o dano por elas causado” (CAMARGO JR., 2005, p. 188). Contudo, a descrição do “ciclo de vida” da doença não oferece uma conceituação sobre o que seria doença, apoiando-se em três Eixos (Explicativo, Morfológico e Semiológico) para a construção discursiva desta categoria, portanto, um arcabouço genérico.

Camargo Jr. (2005) sistematiza um quadro sinóptico sobre a “Estrutura das Doenças”, contendo três eixos (Explicativo, Morfológico e Semiológico) com cinco divisões (Disciplina-tipo, Categoria Central, Definição da doença, Método Característico e Período Histórico. O primeiro eixo – *Explicativo* – refere-se à Fisiopatologia (disciplina) e compreende como processo a caracterização das doenças; utiliza-se de

²⁴ O Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES/MEC) desenvolveu um Portal de Saúde Baseada em Evidências com a base de dados para trabalhadores da saúde. Acesso em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>

métodos experimentais, geralmente em animais, com indução de doenças artificiais e data da segunda metade do século XIX. O segundo eixo – *Morfológico* – define doenças como expressão de lesão(ões); é característico da Anatomia Patológica (disciplina), seu método é descritivo, tem como categoria central a lesão e refere-se ao fim do século XVIII e início do século XIX. O terceiro eixo – *Semiológico* – tem como disciplina a Clínica, compreendendo a doença como uma “*gestalt* semiológica”; a categoria central é o caso, seu método é indiciário/observacional e se traduz no período do século XVIII.

Na medicina ocidental,

O eixo explicativo é o mais valorizado, devido à sua inclusão no domínio das ciências experimentais, e o eixo semiológico, mais próximo da prática – e portanto da ‘arte’ – é relativamente depreciado como método de produção de conhecimento, ficando o eixo morfológico num patamar intermediário (CAMARGO JR., 2005, p. 191).

A Medicina Preventiva, portanto, ganhou força com a produção de Leavell e Clark, alicerçada no biologismo, possibilitando uma medicina classificatória das espécies patológicas. Esse fundamento técnico foi sistematizado em 1936 por John Ryle, com destaque nos Estados Unidos, durante e após a II Guerra Mundial. Foi disseminado em países hegemonizados pelo modelo norte-americano como estratégia para colaborar na organização das comunidades e na classificação dos níveis de prevenção de doenças. Também foram amplamente ensinados e utilizados por gerações de estudantes de medicina (DA ROS, 2000).

“A ideia de uma História Natural das Doenças induz a uma visão de que elas progridem de forma inexorável e homogênea ao longo do tempo, a não ser que se intervenha” (NORMAN; TESSER, 2012, p. 521). Essa visão, centrada na doença e no médico, não está ajustada à complexidade do processo de adoecer, não levando em conta a mutabilidade das classificações diagnósticas da biomedicina²⁵.

Leavell e Clark, os autores da proposta classificatória, também apresentam a concepção de prevenção em três níveis: primário,

²⁵ Medicina clínica baseada nos princípios das ciências naturais (biologia, bioquímica, biofísica etc.) (HOUAISS, 2009).

secundário e terciário. A prevenção primária refere-se às medidas aplicadas às causas das doenças antes que elas ocorram, por exemplo, imunizações. A prevenção secundária refere-se à detecção precoce e imediata intervenção, e a terciária é direcionada à redução de complicações de uma doença por meio de tratamento e reabilitação (WESTPHAL, 2012).

Na década de 1980, um quarto termo – prevenção quaternária – alusivo aos cuidados paliativos, é apresentado por Marc Jamouille. A definição de “prevenção quaternária” está relacionada a “uma ação para identificar um paciente ou uma população de risco de supermedicalização, protegê-lo de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis” (JAMOUILLE; GUSSO, 2012, p. 208).

Enfim, mesmo que a ciência sustente o estatuto de padrão-ouro, o conhecimento clínico terá uma grande e, em geral, implícita, porção de *phronesis* (referida à sabedoria prática, interpretativa, narrativa) convivendo com a dimensão explícita, *episteme*, relativa à razão lógico-racional, científica (CASTIEL, 1999, p.145).

Trata-se de duas faces: a ciência e a sabedoria prática. Enquanto uma busca as relações estáveis entre eventos, construindo leis e generalizações, a outra busca um meio de operar no mundo, isto é, conhecer as situações particulares que não estão expressas em leis gerais (CASTIEL, 1999). Ivan Illich (1926-2002), alerta de forma estrita seus esforços nas conexões entre as duas faces:

[...] a soma de atos preventivos, diagnósticos, e terapia que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal (ILLICH, 1975, p. 15).

Illich (1975) sinaliza a “ameaça” à saúde que a medicina institucionalizada pode ocasionar a partir da “nova epidemia de doenças”: a iatrogênese. Trata-se da composição *iatros* (médico) + *genesis* (origem). A expressão “iatrogênese” faz referência ao termo

“iatrogenia” – geração de atos ou pensamentos a partir da prática médica – dando sua perspectiva de origem e desenvolvimento. “Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam” (ILLICH, 1975, p. 32).

Illich (1975) aponta três tipos de iatrogenese: 1) clínica, 2) social e 3) estrutural. A primeira relaciona-se à constituição dos danos voltados ao indivíduo pela tecnologia médica, diagnóstica ou terapêutica. A iatrogenese social refere-se ao efeito social das intervenções médicas, e a iatrogenese estrutural reporta-se à diminuição da sua capacidade de enfrentamento autônomo do adoecimento, bem como à destituição da potencialidade cultural das pessoas em coexistir aos eventos e situações de enfermidade (luto, dor etc.).

A medicina se ocupa de um sistema de proteção à saúde que causa uma intensa produção de doenças, o que Illich chama de epidemia de doenças provocadas pela medicina. O autor, de maneira radical, aponta o “imperialismo médico” como uma significativa ameaça à saúde, porque remove dos indivíduos a autoridade de enfrentarem os processos da vida, tornando-os passivos no cuidado, incapazes de pensarem e atuarem sobre si, no cuidado de si.

A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usando como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado (ILLICH, 1975, p. 10).

Ao mesmo tempo, não se deve deixar de considerar que as pesquisas terapêuticas são fortemente influenciadas pela indústria farmacêutica, que possui papel efetivo na determinação dos “esquemas terapêuticos”. O sucesso das estratégias da indústria reside no próprio modo como os médicos organizam seus conceitos, “os quais, entre outras coisas, reduzem a saúde/doença ao biológico, à presença ou não da lesão, e a terapêutica à administração de remédios segundo o bulário que os acompanha” (CAMARGO JR., 1992, p. 215). Illich (1975) aponta o avanço do “imperialismo médico” combinado a empresas e profissionais médicos para promover um desenvolvimento econômico atrelado ao consumo da medicina moderna e, conseqüentemente, induzindo a um processo de medicalização da vida.

A medicina institucionalizada permite à profissão médica decidir quais são as doenças e dores legítimas e as disfarçadas, pois, ao transformar a experiência da dor e do adoecimento, traduzida por Illich como sofrimento, em algo objetivo (a natureza da dor), sem um significado subjetivo e particular, expropria-se do poder do outro falar sobre si e de sua experiência vivida. Para Illich (1975), trata-se de uma medicina alopática procurando resultados previsíveis, tornando a variável “paciente” como algo controlável.

No final da década de 1960 e começo da década de 1970, o conceito de “medicalização” consolida-se com importância teórico-prática a partir de trabalhos de autores como Eliot Freidson, Thomas Szasz, Irving Kenneth Zola, Peter Conrad, Nikolas Rose, entre outros (CARVALHO et al., 2015). A referência à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina pode ser considerada de grande importância para os estudos críticos do campo da sociologia da saúde, referindo-se ao processo de medicalização social, ou seja, à ideia de transformar o corpo individual em força de trabalho com o intuito de controlar a sociedade (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

O tema da medicalização também é abordado por Illich. O autor considera que a prevenção de doenças está relacionada à manutenção dos corpos. Em seu estudo, o “consumo de cuidados” preventivos estaria, inicialmente, relacionado aos status social da burguesia para alcançar determinados dispositivos de cuidado, como o *check-up*. Contudo, a extensão destes cuidados dispensados às pessoas ampliou-se tanto nos últimos anos que essa manifestação da medicalização da vida, como nomeia Illich (1975), alcançou a população de modo geral, sem distinção ampla das divisões sociais, de forma que qualquer um poderia querer a mercadoria: cuidado em saúde. O apoio financeiro de grandes empresários e de líderes políticos possibilitou o desenvolvimento e a extensão à toda a população dos cuidados preventivos. Com o custo baixo de exames complementares torna-se uma sofisticada intervenção para a detecção das “necessidades ocultas” e diagnósticos precoces. Portanto, pergunta-se? dentro da radicalidade proposta por Illich, isso consistiria em deixar o curso da doença nas mãos do sujeito autonomizado? Ou a medicina asseguraria e organizaria o “funcionamento do homem”?

Ainda que o conceito de medicalização na obra de Foucault possua poucas citações, sua produção contribui para sua formulação na categoria conceitual na Ciências Sociais (CARVALHO et al., 2015). Foucault (2009), assim, aponta a família como o primeiro agente de

medicalização na sociedade moderna. Especialmente a partir do século XVIII, quando a organização da família, pelo viés da política médica, torna-a imediatamente medicalizada. Ou seja, sob a prerrogativa econômica envolvida nos custos para a preservação dos corpos e seus cuidados, o estado de saúde passa a fazer diferença. A preocupação está vinculada à longevidade, à sexualidade e à apropriação das famílias. Assim, esta instituição social tem função estratégica relativa à boa saúde do corpo social, implementada pelos cuidados individuais. Trata-se, portanto, de uma articulação da ética “privada” da boa saúde relacionada ao controle coletivo higiênico e a técnicas científicas de cura.

Em todo caso, desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, os utensílios, o jogo do ‘cuidadoso’ e do ‘cuidado’, constituem algumas das leis morais essenciais da família (FOUCAULT, 2009, p. 199).

Para compreendermos o funcionamento da política de saúde do século XIX, Foucault (2009) alerta que não devemos esquecer o elemento central que trata da família medicalizada-medicalizante do século XVIII. O Estado oferece um corpo profissional de médicos qualificados e desenvolve um mercado médico para a demanda de cuidados por parte dos indivíduos e das famílias. Uma medicina clínica centrada no exame, diagnóstico, terapêuticas individuais, e pelo enaltecimento da explicitação científica e moral, o que secretamente também tem prerrogativas econômicas. Isso tudo sem perder de vista que a medicina do século XIX não descarta este elemento e amplifica-se com a consideração das doenças veiculada às coletividades.

A medicina atuando como um controle social para o bom funcionamento da sociedade e o privilégio da higiene instaura o novo regime de saúde das populações. Ela é capaz de determinar intervenções autoritárias e medidas de controle, sobretudo no espaço urbano, cidades, meio perigoso para população. Vários espaços da cidade passam a ser esquadrihados para melhor definição de medidas de proteção ou compensação e controle urbano, coletivo e simultaneamente individual. A intervenção médica nas necessidades de higiene esparramou-se sobre as instalações das cidades: portos, prisões, hospitais etc. Todo o espaço torna-se um espaço potencial de perigo (FOUCAULT, 2009).

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria do poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder (FOUCAULT, 2009, p. 202).

Assim, a ascendência político-médica sobre uma população permite prescrições, tanto sobre as doenças, quanto nas formas de existir e de se comportar, como, por exemplo, na alimentação, na sexualidade, na fecundidade, na maneira de se vestir etc. Se extrapolarmos o ato prescritivo apontado por Foucault para os tempos atuais, podemos observar alguns enunciados cotidianos relevados na sociedade sob formas prescritivas reguladas, principalmente pela medicina. As propagandas de produtos de consumo, por exemplo, as bebidas alcoólicas, os refrigerantes, a ingestão de cafeína vêm com a prescrição do uso com moderação. Portanto, uma mensagem: beba, coma, use e consuma, mas com moderação. Em certo sentido, a moderação no governo de si e em um só tempo no governo dos outros, pois se o sujeito teria a autonomia de não consumir, por outro, ao consumir tem parâmetros para não correr riscos. Consideramos, então, uma mensagem implícita traduzida em um modo de ser: moderado.

O médico se torna o grande conselheiro e um grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de higienista, mais do que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX (FOUCAULT, 2009, p. 203).

No início do século XIX, o discurso médico passou por redefinições, especialmente com a utilização de novos instrumentos e tecnologias (sistema de registro, classificação, integração em série numéricas, estatísticas, entre outros), garantindo-se um discurso científico, e, progressivamente, a obediência e a importância da

medicina (FOUCAULT, 2009). O discurso da medicina, no século XIX, possuía muitas formas e enunciados oriundos de descrições qualitativas, estimativas estatísticas, verificações experimentais, entre outros. Ao mesmo tempo, instituía e definia, a partir de um número de características selecionadas e agrupadas, o modo de operar do discurso médico na própria sociedade.

Foucault (2008b) considera que as formas de intervenção para anular ou impedir que as doenças entrem em contato com os sujeitos podem decorrer de quatro noções para o campo de aplicação e técnicas: 1) caso, 2) risco, 3) perigo e 4) crise. No que se refere a “caso”, tem-se uma forma de individualizar o fenômeno coletivo da doença, ou seja, a distribuição de casos no conjunto da população. Na noção de “risco”, tem-se a possibilidade de identificar a análise da distribuição de indivíduo ou grupo dos casos, determinando qual o risco de mortalidade (por idade, sexo, profissão). Riscos mais elevados servem para identificar o que é perigoso. Já na noção de “perigo” tem-se a comparação de padrões de adoecimento e a multiplicação de casos, por meio do contágio; e na “crise”, por fim, tem-se a intensificação circular dos desvios da média, podendo somente ser controlada por uma intervenção artificial ou um mecanismo superior.

Essas noções possibilitam a construção de “mecanismos de segurança”. As tecnologias de segurança transpõem-se para os doentes e os não doentes inseridos dentro de um território, geralmente, as cidades, onde funciona a relação coletivo/indivíduo, totalidade do corpo social/fragmentação elementar, o que Foucault chama de “população”.

Foucault (2009) apresenta a noção do corpo como uma realidade biopolítica, ou seja, um modo de governar a população, a espécie biológica, um corpo múltiplo, diferentemente do objeto de seus estudos anteriores, no qual tratava do corpo como individual e singular, sob a égide do poder disciplinar. Se no começo do século XVIII os fenômenos considerados eram individuais, com a finalidade de obter corpos úteis, econômica e politicamente dóceis, no final do século XVIII e início do século XIX os fenômenos coletivos aumentam sua relevância no controle com a finalidade de equilíbrio da população e sua regulamentação. De tal modo, encaminhou-se para o surgimento da medicina social levando em consideração a etiologia social das doenças, a normalização das condutas e estilos de vida, tornando-a uma estratégia biopolítica. A medicina assume a função de “suporte” dos processos biológicos – mortalidade, natalidade, epidemias, doenças – e a higiene pública na direta interferência da produção numa sociedade industrial e

nas relações entre espécie humana e seu entorno (meio geográfico, climático, cidade).

Assim, a biopolítica relaciona-se com previsões, estimativas estatísticas, medições globais, estudo dos fenômenos aleatórios e imprevisíveis (risco). Trata-se de regular e controlar o aleatório. Na perspectiva do “cuidado aos não doentes”, os dispositivos de segurança para a população, tratando-se de intervir sobre a vida para aumentá-la em acontecimentos, serão cálculos de riscos e prevenção do aleatório com técnicas de tratamento do aleatório e com menores custos do que técnicas disciplinadoras. Está centrada nas condutas de risco, sem uma imposição, mas com informação. Assim, a informação tornaria “clara” a percepção dos riscos, convidaria o indivíduo a calculá-los e, por fim, educá-lo-ia para evitá-los. Portanto, o indivíduo supostamente decidiria autonomamente sobre seus atos de cuidado, num investimento na auto-investigação e autocuidado ou acessando aqueles que podem “cuidar dos riscos”, garantindo um corpo produtivo, funcional e duradouro. O “pacote” de informações visaria ao cuidado de si em direção ao próprio corpo, não à vida bela, à “estética da existência”, como refere Foucault (2004).

Na tentativa de investigar processos e estruturas políticas para os determinantes biológicos, pode-se analisar a questão do “rastreamento”. O termo refere-se a submeter indivíduos assintomáticos e, aparentemente saudáveis à realização de exames para identificar lesões em estágios iniciais ou precursoras. Além do rastreamento, existe o “diagnóstico precoce”, submetendo indivíduos com sinais e sintomas de enfermidades à realização de exames para identificar doença em estágios iniciais. Ambas são estratégias relacionadas ao ato de detectar uma doença em estágio inicial, quando existe um alto potencial de cura. A premissa é a de que o quanto antes realizado o diagnóstico, maiores serão as chances de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida (BRASIL, 2010b).

No campo de intervenção da biomedicina, as experiências e comportamentos humanos (medos e sofrimentos) passam a ser compreendidos como problemas médicos resultando no processo de “medicalização social”. Esta é uma das manipulações do processo de medicalização da sociedade, pois a prática aponta para uma enorme medicalização das pessoas e da população em situações tais como gripes, dores ocasionais, recorrentes ou crônicas, crises existenciais, crises de relacionamentos, mortes, nascimentos entre outras. Cotidianamente nos serviços do SUS percebe-se uma demanda crescente

pela atenção médica confirmada através da procura dos usuários por todos os tipos de dores, incômodos, problemas e queixas, para a medicalização de tudo. Simultaneamente, a popularização dos diagnósticos, forçando uma homogeneização precoce das histórias clínicas, além das próprias condições de vida e trabalho da população (TESSER, 2006).

O entendimento da existência da possibilidade de detectar a causa da doença “antes” que se ela se manifeste abre uma infinidade de possibilidades e expectativas antecipatórias, a ideia de risco, o que Castiel (1999, p. 37) considera como uma “aura de ameaça sobre todos nós”, e adquire um grande valor para a noção de vida e de saúde. Os “fatores de riscos” inauguram um novo modo de cuidar em saúde. O termo fator de risco refere-se:

A um aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica pessoal, biológica ou social em relação à qual existe evidência epidemiológica de que está associada à determinada condição relacionada com a saúde, condição essa que se considera importante prevenir (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2017).

Pode-se dizer que a noção de fatores de risco amplia as possibilidades diagnósticas permitindo a indicação cada vez maior de intervenção, desdobrando-se nos “riscos resultantes de escolhas comportamentais pessoais localizadas na rubrica *estilo de vida*” (CASTIEL, 1999, p. 38, grifo do autor).

A margem entre riscos e benefícios diminui porque o intervalo de segurança se reduz. Pacientes expostos a maior intensidade de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos aumentam a probabilidade de dano desnecessário justificada como atividade sanitária (NORMAN; TESSER, 2009).

Existem frequentemente excessos de medidas preventivas e diagnósticas em assintomáticos e doentes, tanto em adultos como crianças. Nem todas as intervenções médicas beneficiam as pessoas da mesma forma, e, quando excessivas ou desnecessárias, podem prejudicá-las (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2013).

Assim, as atividades preventivas dos médicos passam a ser rediscutidas a partir do conceito de prevenção quaternária, ou seja, a existência do risco de tratamento excessivo produzindo um excesso de intervenções diagnósticas e terapêuticas e a desnecessária medicalização (NORMAN; TESSER, 2009). Trata-se de resgatar uma noção antiga: *primum non nocere*. Sobretudo, a “personalização” do cuidado, cuja interpretação da singularidade fortalece a relação entre médico e usuário. “A prevenção quaternária induz os profissionais a manterem uma proximidade longitudinal e centrarem o cuidado nas pessoas e em suas vivências, protegendo-as de desvios induzidos pelos automatismos da ânsia diagnóstica e terapêutica” (NORMAN; TESSER, 2015, p. 9).

Talvez uma das formas mais importantes de se evitar a medicalização excessiva das pessoas e praticar a prevenção quaternária é aliar três ferramentas importantes para o cuidado clínico: abordagem centrada na pessoa, medicina baseada em evidências e centramento do cuidado na atenção primária à saúde, com longitudinalidade (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2018).

De acordo com Jamoulle e Gusso (2012, p. 205), “o serviço de saúde vem sendo poluído por forças impulsionadas pelo mercado, e o conhecimento científico foi transferido dos cuidados para avaliação de riscos”. Assim, a onipresença do médico pode induzir a pensar numa vida na qual todos os seres humanos ao serem abordados pelo médico, podem correr o risco de ficarem doentes. As diferenças entre estar doente e poder estar estão cada vez mais tênues, diminuindo a distinção entre enfermidade e doença. A questão se transformou tanto na contemporaneidade que são poucas as oportunidades de uma enfermidade não se tornar uma doença, ao mesmo tempo em que se infere que aquele que possuiu uma doença e não está enfermo está evitando a medicina.

Há uma forte pressão econômica e uma mercantilização da medicina baseadas nas ações preventivas (JAMOULLE; GUSSO, 2012). Assim, a ênfase reside na perspectiva da administração de riscos e não necessariamente no controle das doenças – e, em nome da “prevenção”, todos são candidatos a remédios. Nesta atmosfera de “prevenir é o melhor remédio”, como seria possível escutar o usuário “instruído” sobre suas doenças? Como seria possível criar uma abertura para aquele

que “antes” de ser uma doença não desvela sua própria história e trajetória de saúde? Quais as fronteiras da ética do cuidado médico? Entre os argumentos daqueles que advogam a primazia da intervenção, a maior ênfase é dada ao risco e, conseqüentemente, à confusão no dia a dia dos médicos entre riscos, doenças e saúde.

Não há ideais ético-normativos explícitos que guiem o médico, com a possível exceção da legislação deontológica da atividade profissional, que, todavia, não é, em hipótese alguma, uma instância de articulação teórico-conceitual. Essa situação não é propriamente uma surpresa, na medida em que praticamente todas as noções fundamentais da medicina (como doença, saúde, cura e até mesmo homem, no sentido de ser humano) são igualmente implícitas (CAMARGO JR., 2005, p. 185).

A ordem do discurso médico, conforme Camargo Jr. (2005), carrega características fundamentais subentendidas, porém não possui um referencial teórico claramente enunciado, alicerçando um saber médico que, embora onipresente, não se encontra explícito em lugar nenhum. Conforme Jamouille e Gusso (2012), os estudantes de medicina necessitam aprender a lidar com preocupações e dúvidas tanto dos pacientes quanto as suas próprias e, ao mesmo tempo, utilizar medidas e intervenções baseadas em evidências, a fim de identificar a mercantilização das doenças e construir estratégias da prática clínica para melhores condutas. Nas palavras dos autores: “os médicos precisam aprender, embora possa ser difícil, que é melhor não fazer nada e interromper investigações inúteis para tentar encontrar doenças raras não detectadas na atenção primária” (JAMOUILLE; GUSSO, 2012, p. 209). A aposta é em uma mudança de organização da prevenção, onde o relacionamento abre outra visão do trabalho do médico.

De acordo com Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013), devemos atentar-nos para as mudanças sociais aceleradas e para a diversificação das esferas da vida que precisam ser estudadas, transcendendo vias dedutivas clássicas e de testes empíricos de hipóteses prévias. O discurso científico, na sua forte associação entre poder-saber, pode assumir a “verdade” sobre problemas complexos e favorecer abordagens restritivas. De tal modo, uma determinada racionalidade de um discurso científico – no afã de dizer a verdade – se

baseada na construção da vaga lacuna da dúvida, poderá conceber “evidências” apropriadas para revelar o(s) atributo(s) nas estratégias para conduta e decisões terapêuticas em saúde, especialmente no cuidado.

Nota-se neste capítulo diversos elementos: 1) o médico como interprete daquilo que vejo; 2) história, ciência, prática, medicina, clínica, saúde, doença, ciência médica, prática médica; 3) epidemiologia; 4) medicina baseada em evidências; 5) prevenção e medicina preventiva; 6) medicalização e as correntes antimedicina; 6) biopoder e biopolítica; 7) prevenção e fatores de risco e 8) crítica à *episteme* da medicina. Discorrer sobre esses pontos, inicialmente passíveis de serem compreendidos como desconexos, parece-nos justamente colocar à prova uma argumentação sobre a produção de vínculos e seus distintos graus de interface entre esses dois indivíduos na dimensão macropolítica de um encontro. Os vínculos, na condição de coletivos, são produto e produtor dos discursos de um *êthos* e de uma ética.

4.2 A medicina como uma abordagem

*O doutor chegou tarde demais
Porque no morro
Não tem automóvel pra subir
Não tem telefone pra chamar
E não tem beleza pra se ver
E a gente morre sem querer morrer*

Zé Keti, cantor e compositor de samba

O samba “*acender as velas*” de Zé Ketti, lançado em 1965 durante a ditadura militar brasileira, narra as desilusões na vida no morro, especialmente, as mazelas pela falta do cuidado em saúde. Acesso e contexto estão relacionados à maneira como vivem ou morrem as pessoas. Aparentemente, o contexto (território) e o acesso (cuidado médico) cantado na música fazem alusão a algo anacrônico, pois de maneiras distintas o território brasileiro enfrenta problemas muito semelhantes.

Historicamente, a medicina e o cuidado médico sofrem críticas por parte da sociedade e da ciência no que concerne à inabilidade de enfrentar o sofrimento humano.

Foi apenas no século XX, na fase da hiperespecialização da medicina, conectada com o desenvolvimento de áreas como a química e a física e suas derivações (fisiologia, farmacologia, imunologia, entre outras) que a crítica ao saber médico ganhou adeptos de renome.

Ao longo dos anos, a partir do Relatório Flexner a reforma do ensino médico acarretou a valorização crescente das especialidades médicas, nas quais os diagnósticos, as síndromes, os aparatos tecnológicos e, sobretudo, o imperativo do biológico, trouxeram um forte alicerce para uma medicina “tecnicista” e, conseqüentemente, a fragmentação em áreas e subáreas. Durante o século XX, esse modelo positivista, mecanicista, biologicista e fragmentado teve forte influência na América Latina em contraposição à “medicina social” – campo de conhecimento que se destina às correlações dos aspectos sociais com o processo saúde-doença e os serviços de saúde (DA ROS, 2000).

Nos anos 1940, pela fragilidade da sustentação da teoria unicausal, Leavell e Clark, conforme mencionado anteriormente, apresentaram o desenho explicativo de níveis de prevenção. Propõem a manutenção da centralidade da causa única (microorganismos), mas admitem níveis de prevenção. Consideram a promoção de saúde como primeiro nível de prevenção. Essa consideração é fundamental para a saúde pública brasileira e para a medicina preventiva, conforme considera Da Ros (2000). Noutra vertente, nos anos 1960, na América Latina, Juan César García recupera o papel central da determinação social no processo saúde-doença, considerando como o pensamento social em saúde, formando um campo do saber, qual seja a chamada Medicina Social (DA ROS, 2000).

No Brasil, a reforma flexneriana com a fragmentação da formação médica consolidou-se após a década de 1950 e intensamente após o golpe militar de 1964 (DA ROS, 2000). Alguns médicos articulam um movimento de crítica ao modelo de ensino médico estadunidense, entendido como um modelo puramente biologicista, pautado na fragmentação de seus pacientes e que privilegia os especialismos. O movimento da “medicina integral” propõe um exame crítico sobre os currículos de base flexneriana, compreendendo a integralidade como uma atitude que se recusa a “[...] reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (MATTOS, 2006, p. 48). Esse movimento fomentou propostas de reformas curriculares, valorizando a construção de uma visão médica menos reducionista e fragmentada, partindo de dois eixos básicos: o contexto cultural e o ensino em

ambulatórios e comunidades. Em que pese o fato de não ter se tornado um movimento institucionalmente organizado, num primeiro momento associou-se à medicina preventiva e, posteriormente, ao chamado movimento sanitário.

Foi na década de 1970 que nasceu um campo de conhecimento que se construiria oriundo da crítica à saúde pública tradicional: a saúde coletiva. Uma das proposições da saúde coletiva foi considerar as práticas em saúde a partir das práticas sociais (MATTOS, 2006). Este novo movimento influenciou mudanças no ensino médico ao considerar mais radicalmente a determinação social da saúde e da doença, enfoque este que ampliava a ideia da integralidade na assistência médica.

Alguns autores como Canguilhem, Foucault e Illich e as suas formulações críticas à medicalização da sociedade, ao saber médico e à sua racionalidade auxiliaram no aprofundamento e na análise conceitual e teórica sobre as relações entre saúde e sociedade, interferindo sobremaneira nas reformas curriculares que vinham acontecendo nessa época.

De acordo com Mattos (2006), a versão brasileira da medicina integral reconhece uma atitude fragmentada e reducionista da própria racionalidade médica e do projeto de cientificidade dos médicos. Um dos resultados foi o afastamento da saúde coletiva de temas relacionados à prática médica.

Mattos (2006) considera inaceitável a postura médica que reconhece o homem apenas como um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções. Ele afirma a necessidade da defesa da integralidade como um valor a ser defendido e sustentado nas práticas dos trabalhadores de saúde, expresso na forma como os trabalhadores respondem aos usuários que os procuram.

O usuário não se reduz a um corpo, a uma lesão, a um conjunto de situações de risco a espera de serem diagnosticadas. Com efeito, seja na dimensão profissional ou na de serviços assistenciais ou, ainda, de uma única disciplina (epidemiologia, clínica, entre outras), o princípio da integralidade procura escapar e superar reducionismos, no estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito (MATTOS, 2006).

Segundo o ponto de vista dos usuários do sistema público de saúde – diferentemente dos dirigentes dos serviços e governantes, tanto públicos quanto privados, que consideram impossível a oferta de uma boa assistência com os recursos disponíveis – as reclamações referem-se à falta de interesse e responsabilização em torno de seus problemas não da falta de conhecimento tecnológico no atendimento. “Os usuários,

como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” (MERHY, 2013, p. 71).

A história da medicina e da saúde pública são construções que sob determinados aspectos se aproximam, ainda que as transformações da própria sociedade tenham e sigam a influenciá-las de forma nem sempre homogêneas. Rosen (1994), por exemplo, refere que a contratação do médico na Grécia antiga não tinha o sentido do cuidado com a comunidade, mas de um artesão que cuidava das doenças, segundo as concepções da época.

Ao chegar à cidade, o médico batia nas portas, oferecendo seus serviços. Se encontrava bastante trabalho, abria sua loja (o *iatreion*²⁶) e se estabelecia por um tempo. Comunidades maiores tinham médicos municipais permanentes. Cerca de 600 a. C., certas cidades começaram a nomear médicos. Se uma comunidade desejasse ter um médico, oferecia-lhe um salário anual e se reunia o dinheiro para pagá-lo através de uma taxa especial; ao fim do século V, esse procedimento se generalizou pelas cidades gregas. Garantia-se ao médico algum provimento mesmo quando não havia muito trabalho. Em larga medida, *o médico de comunidade atendia os necessitados* (ROSEN, 1994, p. 38, grifo nosso).

Na medida em que a saúde pública interroga a medicina sobre suas fragilidades, a relação entre médico, família e comunidade torna-se uma matriz importante para o cuidado, ainda que o foco permaneça nas questões relacionadas à doença e pouco se olhe para as questões da saúde. Do cuidado na comunidade ao nascimento dos hospitais há um significativo lapso temporal. Se, conforme Foucault (2009), os hospitais aparecem como tecnologia médica somente no final do XVIII, ainda sem a sofisticação da proposta dos hospitais do século XX, com a reformulação de Flexner – a medicina reapresenta-se com outros objetos de saber sobre o indivíduo e a população. Entretanto, o “*médico de comunidade*”, como aponta Rosen (1994), aquele que se ocupa dos

²⁶ Lugar onde o médico exerce sua profissão. O médico, na língua grega, é o *iatrós* (ROSEN, 1994). O termo *iatrogenia* tem relação direta ato produzido a partir da prática médica.

“necessitados” de uma determinada comunidade, não poderia ser comparado com os “*médicos de família e comunidade*” do século XX. Vejamos a definição do discurso sobre a essa modalidade da medicina:

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é definida como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma *continuada, integral e abrangente para pessoas, suas famílias e a comunidade; integra ciências biológicas, clínicas e comportamentais; abrange todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença; trabalha com sinais, sintomas e problemas de saúde; e proporciona o contato das pessoas com o médico mesmo antes que exista uma situação de doença ou depois que esta se resolva. Também tem, como característica especial, o acesso do médico de família e comunidade ao domicílio das pessoas* (LOPES, 2012, p. 1, grifo nosso).

Obviamente, o salto histórico para descrever e caracterizar a especialidade médica seria audacioso e sob risco de cometer equívocos. Mas, o que não podemos deixar de ignorar é a hipótese de a MFC situar-se como uma “estratégia” – noção proposta por Foucault como uma escolha dos meios empregados para obter um fim (CASTRO, 2009) –, uma racionalidade estabelecida para um cuidado próximo do doente, um cuidado através da assistência médica, em nome de outra forma de supervisão sanitária para a proteção da saúde comunitária.

Veja-se que na Grécia antiga não havia preocupação em manter e melhorar o estado de saúde das populações como um todo, pois todas as estratégias eram dirigidas para os indivíduos, no caso, os cidadãos que “valiam”. O sentido de “comunidade” para os gregos compreendia o grupo restrito formado apenas pelos “cidadãos”. Já na atualidade, a “defesa da vida” parece ser um dever de todos e direito de poucos, ainda que a Lei Maior assegure o contrário.

Neste liame, parece-nos que a responsabilidade pelo cuidado foi direcionada para o campo individual com mensagens endereçadas à transmissão de “saberes” de uma “vida saudável”, traduzidas como “coma bem e variados alimentos”, “exercite-se”, “não abuse”, “não se exceda”, “proteja-se”, “previna-se de riscos e de doenças”, “desconfie”, “reduque-se”, pois a sua vida é sua tarefa. Entretanto, são proposições

inexequíveis por inúmeras pessoas, pois “adotar” a dita vida saudável é um projeto que envolve muito mais do que regrar hábitos e desejos; trata-se de uma prática de “valores”, a que nem todos terão acesso durante suas vidas.

À primeira vista, a MFC seria uma resposta ao modelo tecnicista e fragmentado. Seria uma tradução de uma especialidade aplicada à integralidade, dotada de um profissional qualificado que tenha compreensão ampliada das formas de adoecimentos das pessoas. Apesar disso, não se pode perder de vista as limitações deste médico especialista em ações e modificações na determinação social da saúde, da ordem social vigente na sociedade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença. Outro elemento problemático da proposta da especialidade é a perspectiva abrangente ao incorporar como categoria e objeto de saber a “pessoa”²⁷, ou seja, o próprio paradoxo da integralidade ao reduzir o ser humano a um saber de uma especialidade médica.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem sido adotada em muitos países para fazer frente aos problemas decorrentes da *excessiva fragmentação do cuidado médico* que acompanhou o *extraordinário progresso científico e biotecnológico experimentado pela humanidade* no campo da saúde a partir de meados do século XX (RODRIGUES; ANDERSON, 2012, p. 69, grifos nosso).

Essa especialidade, conforme Rodrigues e Anderson (2012), possui interesse em dialogar com a noção de “integralidade biopsicossocial” a respeito dos fenômenos da saúde humana. A noção proposta é influenciada por George Engels, psiquiatra norte-americano, a partir do “Modelo Biopsicossocial”, valorizando a história pessoal e o momento de vida em que cada pessoa se encontra, compreendendo a variabilidade de respostas orgânicas frente a agentes estressores ou ações terapêuticas, extrapolando o modelo anátomo-clínico.

²⁷ Conforme o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, este médico representa um especialista em pessoas e em integralidade.

<http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=&PaginaId=68&mNoti_Acao=mostrapublic&publicacaoID=408>. Acesso em 26.09.2016.

Ainda que a especialidade médica esteja centrada na família e na comunidade²⁸, diferentemente de outras especialidades, focadas em “partes” do indivíduo e de suas doenças, como considera Camargo Jr. (2005), deve-se notar a suposta tradução da “totalidade do homem” na junção de três domínios teóricos: Biologia, Psicologia e Sociologia. Assim:

A pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos em um só biopsicossocial – como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade (CAMARGO JR., 2005, p. 185).

No Brasil, nas últimas décadas, a MFC tem intensificado a atuação junto aos serviços de Atenção Primária, especialmente com a ampliação da formação de novos especialistas. O acordo mútuo estabelecido entre o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil e o modelo de uma medicina familiar e comunitária tem contribuído para a consolidação desta especialidade médica. O próprio PMM representa um impulso para o avanço e o fortalecimento da MFC com ofertas de vagas no âmbito de residência, aliada à exigência do primeiro ano em MFC ser obrigatória para ingresso em outras áreas da medicina (pediatria, cirurgia geral, psiquiatria, medicina interna, ginecologia e obstetrícia).

O discurso da MFC se propõe a ocupar como uma “especialidade da totalidade”, já que se trata, conforme Lopes (2012), de ser operada por um médico especialista em seus pacientes. Alguns veículos de divulgação da própria MFC tratam-na como “*o médico especialista em pessoas!*”²⁹. Um imperativo controverso, pois inevitavelmente se trata de um saber e uma prática parcial, assim como todo saber e prática. Contudo, não se pode rejeitar a MFC como uma especialidade médica que experimenta práticas dirigidas aos indivíduos inseridos no cotidiano dos serviços de saúde no SUS. De acordo com os princípios da MFC, Lopes (2012) assinala que o médico seria o coordenador do cuidado das

²⁸ Debates recentes mobilizam alguns atores envolvidos com a MFC para a alteração da nomenclatura “medicina de família e comunidade” para “medicina de família”, suprimindo a noção de comunidade.

²⁹ Consulta no Site: <<http://www.mfchob.com.br/>>

peças que atende, seja na equipe de cuidados primários à saúde, seja nos demais níveis do sistema. Assim, competiria ao médico de família e comunidade ser um clínico qualificado, com sua prática influenciada pela comunidade em que atua, na ampliação do acesso aos cuidados médicos de uma população definida e valorização da relação médico-pessoa como um aspecto essencial à sua prática profissional e que, em determinadas situações, precisará de outros especialistas para o suporte no cuidado das pessoas por ele acompanhadas (LOPES, 2012).

Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD, 2002, p. 29).

Essa “medicina centrada na pessoa”, de acordo com Rodrigues e Anderson (2012), firma seus preceitos na medicina centrada na integralidade, estabelecendo como essenciais a abrangência da vida humana, amplificando diferentes dimensões – biológicas, psicológicas e socioculturais inter-relacionadas – além da historicidade dos fenômenos relativos à saúde do usuário. Ainda que o discurso da atenção sobre os determinantes em saúde tangencie a prática da MFC, não parece aprofundar a discussão sobre a determinação social em saúde, sobretudo, parece colaborar insuficientemente com a emancipação da comunidade.

A “medicina centrada na pessoa” é um termo introduzido, em 1970, por Michael Balint, psiquiatra húngaro discípulo do psicanalista Sandor Ferenczi, e forjado em oposição à expressão “medicina centrada na doença”. O método clínico centrado na pessoa tem relação com os trabalhos realizados na década de 1950 por Carl Rogers, psicólogo estadunidense, sobre aconselhamento centrado no cliente e do próprio Balint em seu livro *O médico, seu paciente e a doença* (STEWART et al., 2010).

A MFC corresponderia a uma abordagem “holística”, a plena tentativa de superar a dicotomia entre medicina preventiva e curativa, na qual corpo e mente são inseparáveis, formando uma unidade. Seu

processo diagnóstico e terapêutico é de base “sistêmica”, compreendendo a composição em rede dos diferentes planos da vida (individual, familiar e comunitária) com conexões e repercussões na totalidade orgânica. As noções “holísticas” e “sistêmicas” corresponderiam um suposto diálogo com o “todo” representado por um conjunto de sistemas e fenômenos visto por inteiro e sem fragmentação.

Ao mesmo tempo, uma especialidade interessada no diálogo com o modelo biologicista, atenta aos fenômenos orgânicos e suas complexidades, não por acaso, a aproximação com o complexo fenômeno da MBE, pois a associação com a base de evidências imprime um caráter científico à especialidade, permitindo um trânsito fluido e necessário exigido pela “ciência médica”. Não seria surpreendente se dentro de alguns anos – como já existe na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, revelada através da “medicina integral, familiar e comunitária” – fossem ampliados sobremaneira os “departamentos” de medicina de família e comunidade dentro de IES públicas e privadas, inclusive com programas de pós-graduação *scripto sensu*. Em certo sentido, uma especialidade habitando potencialidades e fragilidades de suas correntes teóricas e seus modos de operar o cuidado com suas possíveis contradições e coerências.

Alguns aspectos históricos da MFC podem ilustrar o percurso desenvolvido e em desenvolvimento. A denominação – MFC – é adotada no Brasil, somente a partir de 2001, como uma especialidade médica reconhecida pela CNRM e pelo CFM, sendo anteriormente designada como Medicina Geral e Comunitária (MGC) (LOPES, 2012). A palavra “comunidade” traz a compreensão de que existem aspectos que transcendem a pessoa e a família, que exercem grande influência na saúde e na doença, estando relacionados com o contexto de vida das pessoas (GROSSMAN, 2010).

No Brasil, de acordo com Grossman (2010), a MFC adquiriu formalidade a partir da criação de 12 residências médicas em oito Estados. O surgimento das primeiras residências médicas em MFC foi muito heterogêneo, algumas ligadas a instituições de ensino superior e outras não. Entretanto, raríssimas faculdades de medicina manifestaram interesse nesta área de formação.

Existem alguns marcadores históricos importantes para a evolução dessa especialidade médica, ainda que nesse momento inicial não existisse a nomenclatura MFC propriamente dita. De acordo com Falk (2004), no Brasil suas origens remontam à década de 1970, com a criação dos primeiros Programas de Residência Médica em Medicina

Geral Comunitária. No começo da década de 1980, a especialidade em MGC passa a ser reconhecida em 1981. Porém, parece ter perdido o fôlego ao longo dos anos, pois somente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ocorre a reativação da Sociedade Brasileira em MGC. De certo modo, tudo leva a crer que ela parece ter se contagiado por esse episódio marcante na saúde brasileira, logo, não estaria envolvida diretamente com a própria indução do debate pela democratização da saúde anterior à Conferência. Ainda segundo Falk (2004), em 1988, outro momento marcante, após cortes em todas as bolsas de Residência Médica em MGC no Brasil, alguns Programas de residência fecham e outros mudam de nome para “Medicina Preventiva e Social” para não fecharem; poucos programas se mantêm.

Nesta fase, intensificam-se as críticas à MGC, tanto da “corporação médica” e da “direita” (considerando a área como “medicina de comunista”, estatizante) quanto da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), dos sanitaristas e da “esquerda” (entendendo a MGC como a “Medicina de Família americana disfarçada” da época – modelo “saúde pobre para gente pobre”, “tampão social”) (FALK, 2004, p. 6).

Deve-se levar em consideração um fato histórico no cenário brasileiro: a ditadura militar no Brasil.

Entre 1964 e 1985, o regime militar norteou o poder político que controlava o país, de modo geral, nacionalista, desenvolvimentista, anticomunista, concentrador de renda, bens e serviços. Tal matriz também foi aplicada no setor de saúde originando um sistema, concentrador, excludente, privatizado e movido pelo estímulo à concepção de saúde como bem de consumo favorecendo, assim, o chamado complexo médico-industrial como centro produtor de tecnologias. Com isso, os médicos absorvidos pela chance de ampliar seus ganhos vislumbram uma oportunidade de investir nos serviços privados e especializados, enquanto aqueles vinculados aos movimentos de esquerda que se opunham ao regime militar aproximam-se dos preceitos da medicina comunitária.

Massuda et al. (2009) afirmam uma contraposição, alegando a criação do primeiro Programa de Residência em “Medicina Preventiva e Social” (RMPS), em 1962, pela Faculdade de Medicina de Ribeirão

Preto-SP, diferentemente, do sugerido por Falk (2004). Além disso, outro elemento importante foi a influência exercida pelo campo de ação dos profissionais da Saúde Coletiva sobre a medicina preventiva e social. De acordo com Massuda et al. (2009), no começo da década de 1980 há uma ruptura entre esses profissionais, ocasionando duas tendências:

Uma que deu origem à residência em Medicina Geral e Comunitária, com o objetivo de formar um médico generalista, cujo treinamento teria ênfase na Atenção Primária em Saúde; e outra que permaneceu como RMPS, objetivando formar profissionais com a perspectiva coletiva do cuidado, articulando práticas socialmente estruturadas e determinantes sociais do processo saúde-doença (MASSUDA et al., 2009, p. 635).

Na década de 1990, com a implantação do PSF, modelo tecno-assistencial que tomava a Atenção Primária como estratégica, a partir de trocas estabelecidas com instituições de ensino como as do Canadá, especialmente de Toronto, de acordo com Grossman (2010), estabeleceu-se um movimento de mudança na atenção à saúde no Brasil, bem como na formação médica.

Conforme Massuda et. al. (2009), essa tendência permite o reconhecimento de um novo programa de residência médica, a MFC. Falk (2004) considera que “ainda em 1994, provavelmente em consequência da falta de motivação e de mercado de trabalho para a MGC no Brasil”, é desativada definitivamente a Sociedade Brasileira de MGC. O autor chama atenção para o fato, pois se trata do momento em que se inicia a ascensão do modelo do PSF voltado à atenção básica.

No começo de 2000, a MGC deixa de ser utilizada como nomenclatura e é adotada a MFC. Neste mesmo período, afirmam Massuda et al. (2009), experimenta-se o declínio da “medicina preventiva e social”, com o fechamento de programas de residência e transfiguração em MFC. Acredita-se que a medicina enfocada na família e na comunidade (cada vez mais renomeada apenas como medicina de família, como veremos a seguir) preponderou, enquanto a medicina preventiva e social foi reduzindo seu campo de influência, além do afastamento da MFC da Saúde Coletiva, área fortemente influenciada pela Medicina Social. Este movimento, aproximando-se da medicina preventiva, pela própria noção de prevenção quaternária, em certa

medida, assegura uma conexão com os níveis de prevenção do clássico modelo de Leavell e Clark.

Recentemente, a partir da Lei do Mais Médicos poderíamos supor que houvesse uma proposta de resgatar, em certa medida, a medicina comunitária associada à saúde coletiva. Contudo, não fica manifesto se os médicos ingressantes no PMM traziam esse alinhamento ou divergiam do modelo biomédico tradicional.

Além disso, um elemento concomitantemente explícito e implícito surge dentro do eixo da formação médica. Pode-se perceber através da Lei do Mais Médicos, uma nova nomenclatura para as residências médicas: a “*Medicina Geral de Família e Comunidade*” (MGFC). Neste passo, dois pontos merecem destaque: 1) a especialidade balizadora e 2) a própria noção de uma medicina “geral”.

Primeiro, conforme já sinalizado anteriormente, o ingresso em determinados programas de residência teriam a obrigatoriedade da prática em MGFC, reposicionando esse trabalhador médico no SUS com uma “orientação” dos princípios da, então, “MGFC”. Em segundo lugar, o adjetivo “geral” antes de família e de comunidade representando uma competência, ou seja, a dimensão de aperfeiçoamento de que este profissional deve ser capacitado para responder “de modo geral” a todas as situações e problemas enfrentados, especialmente capacitado para uma prática clínica resolutive³⁰.

As definições acerca desta especialidade médica registram variações em muitas partes do mundo, tal como o uso de termos aparentemente equivalentes como da “clínica geral” e de “medicina familiar e comunitária”, aproximando e emprestando suas *expertises* para impedir a interpretação de que são médicos generalistas, ainda que sejam especialidades que “nascem” de uma necessidade social.

Cabe ainda considerar que o adjetivo “comunitário” parece esvaecer progressivamente de importância. Assim, a ênfase incide na família e consente pequenas porções na comunidade. Numa rápida observação no “Tratado de Medicina de Família e Comunidade”, organizado por Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes, nota-se o

³⁰ Em dezembro de 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade se posiciona sobre a tramitação no Congresso Nacional de projetos de lei que visam a alterar a Lei nº 12.871/2013. O documento sinaliza o equívoco em adotar o termo MGFC. Disponível em:

<[http://www.sbmfc.org.br/media/Posicionamento%20SBMFC%20PL%20que%20altera%20a%20Lei%2012_871-2013%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Posicionamento%20SBMFC%20PL%20que%20altera%20a%20Lei%2012_871-2013%20(2).pdf)>. Acesso em: 27.09.2016.

investimento em temas relacionados a problemas (neurológico, pele, olho, ouvido, nariz, garganta, metabólico, cardiovascular, entre outros) e a doenças, deixando a comunidade como uma abordagem, seja para construção de um diagnóstico, seja para coletas de informações epidemiológicas e planejamento de ações dos serviços de saúde.

Veja-se que o significado europeu de “Medicina Geral e Familiar” não utiliza o termo comunidade e traz o adjetivo geral. A definição apontada pela *World Organization of Family Doctors* (WONCA) sobre a especialidade do “médico geral e familiar” assinala dois elementos constitutivos: 1) como disciplina e 2) pelas funções profissionais. Como disciplina, compreende conteúdos educacionais, investigações, base de evidências e atividades clínicas orientadas para os cuidados primários. Esse médico especialista, conforme a definição da *World Organization of Family Doctors* (2005), tem como função profissional a responsabilidade na prestação de cuidado abrangente e continuado a todos os indivíduos que o procurarem independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidar no contexto das famílias, comunidade e cultura, procurando respeitar a autonomia dos indivíduos (WONCA, 2005).

Apesar da distinção no nome, as afinidades entre a MFC e a Medicina Geral e Familiar têm inúmeras características que as aproximam, entre elas: o médico está vinculado a uma equipe de saúde que assume o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde; desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade; responsabilidade pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoantes às necessidades do paciente, entre outras.

Poder-se-ia concluir que este médico especialista tenta recuperar – como a figura antiga do “clínico geral” ou apenas do “clínico” que no século XIX era muito conhecido e dividia a medicina com o cirurgião, pois havia poucas e raras especialidades – noções elementares no cuidado, com procedimentos menos invasivos. Conforme Poli Neto (2011), trata-se de um paradoxo a MFC ser uma especialidade médica, assim como a radiologia e a cardiologia, pois sua “descendência” é da medicina geral.

No *Manual de Medicina de Família e Comunidade*, de Ian Renwick McWhinney e Thomas Freeman (2010), publicado no início da década de 1980, é apresentada a história da MFC em três partes: 1) referente ao clínico geral do século XVIII e XIX; 2) a existência das hiperespecializações do fim do século XIX e primeira metade do século

XX, e 3) referente à MFC, especialmente em sistemas públicos de saúde, da segunda metade do século XX.

O estudo do comportamento humano sempre foi importante para os médicos generalistas. No passado, entretanto, o entendimento acontecia de forma intuitiva e não por meio de uma abordagem estruturada dos problemas. Descobertas recentes das *ciências comportamentais e sociais* foram importantes para a medicina como um todo, sobretudo para a medicina de família e comunidade (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010, p. 19, grifo nosso).

Ainda que a imagem associada ao médico de família e comunidade possa, em alguns contextos, estar relacionada ao clínico geral que frequentava as casas das pessoas ou, ainda, a uma área da medicina que não tem uma especialização propriamente dita, pelo menos a partir da década de 1990, a especialidade medicina de família e comunidade parece buscar outra identidade. Um campo aprimorado, alicerçado em saberes e avanços da “ciência”, capaz de produzir benefícios à população, pois dominaria e teria competências para solucionar problemas evitáveis e comuns, agindo preventivamente e assumindo a responsabilidade sobre situações frequentes de adoecimento na vida das pessoas. Realizaria a gestão de recursos, pois ao nomear seu caráter resolutivo, com a redução do número de encaminhamentos e a solicitação de exames complementares, interferiria na aplicação dos recursos financeiros. Assim, uma especialidade em pleno diálogo com a demanda da redução de custo na saúde incorporando espaços institucionais e políticos.

No Brasil, especialmente no interior do país, o médico sem pós-graduação ou especialização formal atendia em clínicas privadas ou em domicílio os pacientes com problemas mais comuns da população. Em países como Alemanha, Inglaterra e Holanda serão esses clínicos que, após a 2ª Guerra Mundial, venderão seus serviços para o Estado com a constituição dos sistemas nacionais de saúde e da APS. Esses clínicos de outrora, de acordo com Poli Neto (2011), não se tornaram os novos MFC brasileiros, todavia sua imagem idealizada se mantém viva em uma parcela da população, sobretudo a classe média, acostumada com os serviços de um Brasil mais interiorano existente até a década de 1960.

A identidade que se procura dar a esse novo MFC se dá em relação a esse clínico geral, por aproximação ou distanciamento: o clínico geral ou generalista antigo que fazia de tudo porque não havia ainda uma ideia de especialização na medicina *versus* o médico de família e comunidade, um especialista consciente de suas demarcações práticas e científicas; o clínico geral privado que atendia em um consultório particular ou na casa das pessoas *versus* o MFC assalariado ou associado a sistemas públicos nacionais de saúde que atende em uma clínica pública (POLI NETO, 2011, p.118).

O campo de atuação e formação em MFC, portanto, tem se ampliado e conquistado espaço nas políticas públicas de saúde e na educação de ensino superior, inclusive presente nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina do país. Neste sentido, o MFC pode representar a figura da modernidade tardia ou da pós-modernidade, onde convivem o antigo e o novo, em que há efeitos institucionais na macropolítica e micropolítica. Concomitantemente, uma

[...] relação mais aberta entre médicos e pacientes, uma abertura para novos modos de cuidado não médicos ou não tão hegemônicos, uma flexibilização das rotinas de trabalho e da organização do cuidado, a convivência de diferentes formas de entendimento sobre o processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que usa diversos jargões bastante modernos como especialidade, tecnologias, medicina-baseada em evidências etc. (POLI NETO p.121).

A relação estabelecida entre essa medicina especializada em pessoas – organizada, atenta e flexível – e os cuidados disponibilizados à população aludem à existência da atualização da luta da medicina para se dobrar sobre si própria e, quem sabe, adquirir outros paradigmas para sua operação. Uma luta bastante intensa e ainda em movimento à margem da própria medicina. A MFC ocuparia o campo marginal da medicina ou teria se institucionalizado, procurando, assim como outras

especialidades, espaços de atuação, reconhecimento, remuneração e sustentação?

Num sistema onde existe a proposta de inversão da atenção médica hiperespecialista para uma APS mais ampla, descendente da declaração de Alma-Ata, propõe-se algumas mudanças: 1) dos enfoques dos objetos – da doença para saúde e da cura para a prevenção, atenção e cura; 2) dos conteúdos das opções metodológicas – do tratamento para a promoção da saúde, da atenção por episódio para atenção continuada, de problemas específicos para problemas abrangentes; 3) da organização das técnicas – de especialistas para médicos de família, de médicos para equipe multiprofissional; 4) da responsabilidade ética e política – de apenas do setor saúde para colaboração intersetorial, do domínio do profissional para a participação da comunidade, da recepção passiva para a autorresponsabilidade (DA ROS et al., 2008).

A especialidade “Medicina General Integral” ou, em português, Medicina Geral Integral (MGI), tem grande equivalência com a MFC no Brasil, especialmente quando relacionada à atenção integral às famílias. A MGI é uma terminologia adotada em Cuba, que em sua concepção data do final da década de 1950. No setor da saúde os desafios enfrentados pela população cubana, típicos de países subdesenvolvidos, estavam relacionados à carência de higiene ambiental, baixos níveis nutricionais, altas taxas de mortalidade infantil e materna, baixa expectativa de vida, elevada morbidade e mortalidade por enfermidades parasitárias e infecciosas, escasso sistema de serviços públicos de saúde estatal, além de limitada atenção médica (SÁNCHEZ SANTOS, 2001). Entretanto, o modelo adotado se adequou às necessidades ou foi determinado pelas condições de saúde e doença do povo cubano, obedecendo à lógica de incorporar médicos que pudessem acompanhar a população com seus problemas sanitários, oferecendo acesso aos serviços e cuidados médicos, priorizando áreas e territórios de vulnerabilidade.

A partir da década de 1960, especialmente após a Revolução Cubana de 1959, o modelo de atenção à saúde voltou-se para o território de vida da população. Houve uma decisão política de formação para a especialidade de MGI, com um profissional médico direcionado para a APS, com o cenário de formação relacionando educação e serviço de saúde, com a responsabilidade pelo cuidado de um número determinado de famílias e habitantes, com o ideal entre 140 a 180 famílias, aproximadamente 600 a 1000 habitantes (SINTES, 2008).

Este médico general integral (Especialista de Medicina General Integral) o médico familiar (Especialista de Medicina Familiar, como se denomina la especialidad en otros países) debía llevar a cabo una práctica concentrada en la promoción, prevención y en el comportamiento de la persona como ser biopsicosocial, con lo cual quedaría atrás la etapa de ‘superespecialización’, tendencia que además de no lograr un impacto posterior en los indicadores de salud, conducía a un incremento de los costos de la atención con consiguiente efecto de inequidad e inaccesibilidad (SÁNCHEZ SANTOS, 2001, p. 125).

À primeira vista, todos esses modelos aproximados têm traços comuns. Dois deles, parecem orientar os deslocamentos nos sistemas de saúde, sobretudo os universais. Um teria uma abordagem extremamente racionalizante dos modelos, tanto na concepção quanto na operação. O outro, diretamente vinculado a esta, seria a economia de escala na gestão dos sistemas, ou seja, fazer “mais rápido”, “mais efetivo” e com baixo custo, ou o menor custo possível. Isto acarreta quatro consequências: 1) os sistemas devem ser fechados pela escassez de recursos; 2) a prioridade dos estados, mesmo dos de bem estar, está longe de ser a saúde; 3) a concepção de saúde persiste sendo a da ausência de doença, 4) isto porque todos esses sistemas se organizam sob a lógica do trabalho e da acumulação capitalista, exceto casos como os de Cuba.

O documento produzido pela World Organization of Family Doctors (2005) considera que entre as principais características da MFC encontra-se a ideia de “abordagem centrada na pessoa”, que se traduz em uma tecnologia orientada para os indivíduos, família e comunidade (o que pode parecer incoerente, no caso da comunidade), visando a um processo de consulta singular estabelecido numa relação duradoura, com uma comunicação efetiva, além de lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões (física, psicológica, cultural e existencial).

A “abordagem” associa-se ao “método clínico centrado na pessoa”, uma concepção iniciada na década de 1980. Utilizada em pesquisas e ensino, era uma abordagem vista na “periferia da medicina”, pois muitos pesquisadores a compreendiam como uma “ciência leve”, valorizando aspectos da atenção e da solidariedade tradicionalmente pouco valorizados na medicina científica moderna. A partir dessa proposição, inúmeros grupos de estudantes de medicina, médicos e

professores de diferentes lugares (América do Norte, Europa, Austrália, Nova Zelândia e sudoeste da Ásia) foram incorporando-a em seus currículos educacionais e produzindo estudos que levassem em conta o desejo e a satisfação da pessoa ao receber esse tipo de atendimento (centrado na pessoa), os desfechos positivos e o impacto no uso da assistência médica (STEWART et al., 2010).

Vale transcrever uma pequena nota de rodapé do revisor técnico da edição brasileira do livro *Medicina centrada na pessoa*, de Moira Stewart e colaboradores. Referente ao termo “pessoa”, apresenta-se a seguinte consideração:

Especialmente na atenção primária à saúde, temos substituído o vocábulo “paciente” por “pessoa”, pois a utilização do termo “paciente”, em sua própria definição, retira os aspectos volitivos e a autonomia daqueles que buscam ajuda para seus problemas de saúde, determinando um comportamento passivo. O uso do termo “paciente” está mais de acordo com outros cenários do sistema de cuidados à saúde (p. ex., hospitalar), nos quais a pessoa fica submetida às regras e normas daquele ambiente. O termo “pessoa” lembra aos profissionais de saúde e ao sistema que a autonomia e a participação de quem é cuidado são fundamentais para o sucesso do manejo (STEWART et al., 2010, p. 21).

O termo paciente é a radicalização dos significados de pessoa. Pessoa tem como correlato “*persona*”, ou seja, o cúmulo da servidão, a autonomia relativa determinada pelo modo servil de viver. A relação entre o médico e o paciente se estrutura de forma desigual, na acepção mais rígida da palavra, porque é “desigual” de maneira hierarquizante, definindo lugares de valor para os saberes, desqualificando um deles. A denominação paciente se aproximaria, então, mais da “*persona*” do que da pessoa, na medida em que a “*persona*” é aproximada da servidão, enquanto que a pessoa seria mais próxima ou mais dotada de conteúdo de autonomia.

Em 1968, Ian Renwick McWhinney, primeiro chefe de Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western Ontário, iniciou trabalhos voltados ao relacionamento entre a pessoa que busca atendimento e o médico. Suas investigações sobre o problema da

pessoa – físicos, sociais ou psicológicos – e a profundidade do sentido e da forma como eles se apresentam permitiu realizar outras investigações. Moira Stewart, aluna de doutorado de McWhinney, realizou outras investigações centradas no relacionamento entre médico e pessoa atendida. Posteriormente, em 1982, Joseph Levenstein, médico sul africano, realizou esforços para a construção de um modelo de prática clínica. Passados alguns anos, o método clínico centrado na pessoa desenvolveu-se no contexto da medicina de família (STEWART et al., 2010).

Essa proposta de atendimento pressupõe várias mudanças na mentalidade do médico. Primeiramente, a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa é passiva não se sustenta nesta abordagem. Por ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar o poder a ela, compartilhar o poder no relacionamento, e isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos do profissional. Esse é o *imperativo moral* da prática centrada na pessoa. Ao concretizar essa mudança de valores, *o médico experimentará os novos direcionamentos que o relacionamento pode assumir quando o poder é compartilhado*. Em segundo lugar, manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas produz uma insensibilidade ao sofrimento humano que é inaceitável. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro de mente e corpo (STEWART et al., 2010, p. 23. grifo nosso).

Stewart et al. (2010) propõem seis componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa. Os três primeiros componentes abrangem o “processo” entre a pessoa e o médico, enquanto os outros três atentam-se ao “conceito de interação” entre a pessoa e o médico. O primeiro componente refere-se ao “explorando a doença e a experiência da doença”, explorando sinais e indicações como história clínica, exame físico, exames laborais e sentimentos, ideias, funções e expectativas da pessoa a respeito de sua experiência. O segundo é chamado de “entendendo a pessoa como um todo”. Neste componente, procura-se integrar os conceitos de doença e experiência da

doença com o entendimento da pessoa como um todo. No terceiro componente – “elaborando um plano conjunto de manejo de problemas” – propõe-se a tarefa da construção compartilhada de um plano de manejo dos problemas com três focos: a definição do problema, as metas estabelecidas para o manejo e/ou tratamento da doença e os papéis assumidos por ambos. O quarto refere-se à oportunidade de estar “incorporando prevenção e promoção de saúde”. O quinto componente é “intensificando o relacionamento entre pessoa e médico”, neste, além da presença de conceitos psicanalíticos, considera-se a necessidade de que

[...] cada encontro com a pessoa dever ser usado para desenvolver o relacionamento desta com o médico, por meio da compaixão, da confiança, do compartilhamento de poder e da cura. Para colocar essas habilidades em prática é preciso consciência de si mesmo e um entendimento dos aspectos inconscientes do relacionamento, como transferência e contratransferência (STEWART et al., 2010, p. 24).

O último componente estabelece que, durante todo o processo, o médico deve ser realista sobre o tempo disponível, por isso, “sendo realista” pode incluir o desenvolvimento e o trabalho em equipe e reconhecendo a importância de uma administração sensata do acesso aos recursos de saúde. Os seis componentes, apresentados de modo breve e geral, têm dimensões diferentes, estão inter-relacionados e tentam integrar o tempo, o treinamento e a experiência do processo de cuidado do Médico de Família e Comunidade.

O documento da WONCA traz a seguinte consideração: “A Medicina de Família e Comunidade deve lidar com pessoas e seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida e não como patologias ou ‘casos’ impessoais” (WONCA, 2005, p. 6). Poli Neto (2011) chama a atenção para a curiosa afirmação de que se deve lidar com pessoas e porque a medicina não como um todo, mas a especialidade MFC, que é uma especialidade recente. Preocupa-se com a abordagem relacionada às pessoas e seus aspectos sociais, culturais e econômicos, seu modo de vida e sua compreensão da condição humana.

O ponto de partida de todo o processo é o paciente. É tão importante compreender a forma como os pacientes encaram e se adaptam à sua

doença, como lidar com o processo patológico em si. O denominador comum é a pessoa com as suas crenças, medos, expectativas e necessidades (WONCA, 2005, p.6).

Se for o paciente o centro do processo, deve-se compreender que a direção é apontada pelo paciente em sua história, explicações e significados. Balint (2007) interroga se a racionalidade médica deve tomar como ponto de partida para a compreensão do paciente a enfermidade orgânica de caráter crônico ou sua personalidade. O paciente quando enfrenta um problema, de difícil solução ao seu alcance, procura o médico, converte a sua luta contra os problemas em doença. O autor prenuncia que muitos médicos consideraram absolutamente normal tal situação, pois “a tarefa dos médicos é tratar as doenças; naturalmente as pessoas recorrem a eles quando estão doentes” (BALINT, 2007, p. 194). Contudo, recomenda a mudança da função “apostólica” para uma função “preventiva”. Entre os cuidados necessários na relação médico-paciente está a “farmacologia da substância chamada ‘médico’” (BALINT, 2007, p. 183), por isso, deve-se-ia atentar quanto aos efeitos secundários desta “droga”, ou seja, o modo como o médico se oferece ao paciente e os efeitos das intervenções que pretende fazer.

Balint (2007) aponta duas descobertas de grande valor, ainda que não as considere novidade: 1) compreender e 2) o uso da compreensão. Ambas estão interligadas em um processo subsequente nos efeitos do intervir terapêutico. Usar a compreensão é poder utilizar seu saber antes de seu uso, podendo prever a produção da intervenção.

Escutar implica uma técnica muito mais difícil e sutil do que a que necessariamente deve precedê-la: a técnica, de descontrair o paciente, colocando-o em condições de falar livremente. *A capacidade de escutar constitui uma nova habilidade, que exige uma modificação considerável, embora limitada, da personalidade do médico.* À medida que descobre em si mesmo a capacidade de escutar aquelas coisas do seu paciente que surgem confusamente formuladas, porque o próprio paciente tem escassa consciência delas, o médico começará a escutar o mesmo tipo de linguagem em si mesmo. Ao longo deste processo ele logo descobrirá que não existem perguntas

absolutamente diretas capazes de trazer à superfície o tipo de informação que ele busca. A estruturação da relação médico-paciente sobre o padrão de um exame físico inativa os processos que o profissional pretende observar, pois estes só podem acontecer em uma relação bipessoal (BALINT, 2007, p. 93, grifo do autor).

De certo modo, o autor está apontando para a construção de uma relação médico-paciente concebida na capacidade de escuta. Aparentemente, o espaço de trabalho do MFC por exposição constante aos usuários, em diferentes lugares (na unidade de saúde, na casa, na rua), pelo contato com toda a família e com íntima relação estabelecida com as situações e problemas variados dessas pessoas e suas famílias, comportaria a necessária capacidade de escuta. Nesse processo torna-se importante estabelecer uma comunicação para construir uma forma de conexão.

Balint (2007) sugere a “técnica” do “desconstrair”, que pode ser interpretada como: 1) fazer perder-se em si ou 2) como entretenimento e divertimento. Parece-nos que o autor se refere à primeira opção. A ideia de poder falar e poder escutar diminuindo a tensão pode estar correlacionada com a concepção ampliada de saúde valorizando o “bem estar” e o “mal estar”, além dos diversos tipos de presença ou ausência de acesso às determinadas condições (lazer, esporte, alimentação etc.) na própria organização social da produção. Um “desconstrair” para extrair fantasias, medos, sonhos, projetos, ideais, valores entre outras coisas. Mas parece que, ainda assim, é o médico quem “permite” que o paciente “possa falar”; ele quem deve deter a técnica que permite (poder) ao outro falar e mesmo “educar” seu interlocutor.

A capacidade de escuta também envolve uma habilidade comunicacional. A comunicação torna-se um elemento importante para a manutenção da relação. Serve para a transmissão de itens específicos e necessários, afirma Starfield (2002). A troca verbal é a mais comum forma de comunicação. Geralmente, o profissional faz perguntas sobre o problema e informa o paciente sobre seu plano de intervenção, o paciente oferece informações, preocupações e necessidades e questiona o médico sobre os diferentes aspectos.

Na prática, podem ocorrer atalhos, ou os pacientes podem não conseguir dizer muito a respeito de seu

problema quanto gostariam, seja porque o profissional direciona o fluxo de informações fazendo apenas determinadas perguntas, seja porque o paciente não tem tempo suficiente. Algumas vezes o profissional pode fornecer muito pouca informação, de forma que o paciente é incapaz de entender o diagnóstico, o plano de intervenção ou o plano para reavaliação (STARFIELD, 2002, p. 293).

A formação das megalópoles, o expressivo número de pessoas desconectadas de suas raízes, as mudanças nos arranjos familiares e, as outras formas de inter-relações distanciadas, configura o indivíduo em uma espécie de separação e isolamento constante, embora, muitas vezes esteja rodeado de pessoas. As tensões e esforços excessivos acompanham diversas sensações físicas ou que nelas se refletem. A “válvula de escape” é a procura do médico para queixar-se. Embora não se saiba ao certo se o mais importante é o ato de se queixar ou o conteúdo da queixa, “precisamente aqui, nesta fase inicial ainda ‘não organizada’ de uma doença, é decisiva a capacidade do médico para prescrever sua própria pessoa” (BALINT, 2007, p. 4), embora Poli Neto (2011, p. 55) considere que “Não é objetivo da medicina de família e nem é possível fazer uma sessão de análise com a formação que temos e com o espaço e rotina de que se dispõe”.

Merhy (2013), ao tratar o tema do trabalho em saúde, corrobora a necessidade de o cuidado não ser médico centrado, compreendendo inclusive que o médico de família não é o milagreiro, ao contrário, não se deve desprezar a complexidade do cuidado em saúde sem a necessária ação multidisciplinar e a valorização do trabalho em equipe, além do próprio protagonismo e autonomia do usuário. O trabalho médico é um dos instrumentos poderosos para a conformação de modelos assistenciais, por isso, torna-se estratégico parar para analisar quais são e no que consistem os cuidados ofertados.

Na MFC, a continuidade do cuidado é um dos aspectos centrais. Ela depende do tempo e “do quão bem o médico conhece o paciente” (JAMOULLE; GUSSO, 2012, p. 206). Assim, compreende-se que o médico ao longo dos anos pode tornar-se o organizador de atividades preventivas. “O superdesenvolvimento do conceito de prevenção é resultado do uso extensivo do conceito de diagnóstico” (JAMOULLE; GUSSO, 2012, p. 206). De certo modo, a WONCA, em 1999, ao adotar a definição de “prevenção quaternária” como “resultado de um

relacionamento” (JAMOULLE; GUSSO, 2012, p. 208), propõe-na como “[...] uma forma de questionar e compreender continuamente os limites do trabalho do clínico geral/médico de família” (JAMOULLE; GUSSO, 2012, p. 209).

Para os autores esse encontro entre dois sujeitos na consulta implica conhecimentos e sentimentos, em uma relação na conexão com conhecimentos (biológicos, mentais e sociais). “Por meio do seu treinamento, o médico inevitavelmente confronta o paciente com a doença. De certa forma, é seu trabalho revelá-la. Ele será gratificado ao, enfim, encontrar o mal, sempre expandindo os limites da exploração diagnóstica” (JAMOULLE; GUSSO, 2012, p. 209).

Essa noção parece-nos reducionista, pois o encontro singular entre sujeitos implica o encontro de saberes e de poderes, na linguagem e na lógica de duas racionalidades. É interessante perceber que a MFC ao adotar a prevenção quaternária baseada na concepção de relacionamento, procura algumas diretrizes para evitar “se perder” na consciência ou nas sensações do paciente e do médico, medidas entendidas como necessárias para o campo da intervenção. Norman e Tesser (2015) apontam a prevenção quaternária como base para a operacionalização na relação médico-paciente na prática médica nos serviços da APS. Conforme apontam alguns autores, ainda que exista um ensaio para não reduzir as consultas ao automatismo diagnóstico e prescritivo expressando uma medicalização do adoecimento das pessoas que procuram os serviços da atenção primária, não podemos deixar de levar em consideração a “formalização” do cuidado, ou ainda, da própria produção de vínculo, atravessada por uma “prática qualificada”. Mesmo assim, seria um modelo, um raciocínio, um olhar, um sistema de pensamento de uma clínica médica moderna. Portanto, poderíamos crer num lugar ideal, jamais passível de ser alcançado, uma quimera às margens da dúvida.

No processo de evidenciar as práticas relacionadas ao trabalho vivo, com tecnologias leves, centrado no usuário e com uma combinação de novas criações de assistência, destaca Merhy (2013), os médicos de família têm revelado uma frutífera discussão neste campo.

[...] mas infelizmente em vez de ser compreendido como uma das modalidades que expressam esta nova possibilidade, acabou sendo, no Brasil, parceira de um debate muito ideológico, tanto pelos que estão a favor, quanto que estão contra,

ao mesmo tempo que aparece no seio da proposta dos governos neoliberais, por se constituir em uma modalidade barata de garantia de acesso das populações marginais, atos de saúde, por si (MERHY, 2013, p. 80).

A montagem desse quebra-cabeça – contorno teórico – acomoda diferentes peças, cores, texturas e encaixes, relevando de modo explícito o objeto desta tese. Ainda que em alguns momentos surjam devaneios e comentários extemporâneos, essa é uma narrativa do vínculo produzido na relação entre médico e usuários dos serviços da APS. Por isso, pesquisar e examinar nuances e golpes de olhar da medicina sobre si mesma representa um desafio que ainda está longe de ser concluído. Assim sendo, torna-se impositiva a busca de aspectos, pontos, autores, lugares e referências temporais aparentemente sem conexão ou afinidades. Se pudéssemos apresentar outras conclusões para o vínculo na transformação da clínica médica, inevitavelmente, precisaríamos abrir outros novos caminhos.

5. Perspectiva metodológica: um caminho de pesquisa

*no início era o começo.
o começo veio vindo devagar.
o antes veio depois do depois.
só quando esse se estabeleceu.
no princípio era o agora.
isso demorou até que
tudo virou antes e depois*

Chacal, poeta carioca

A complexidade do campo da saúde exige para as investigações uma diversidade de abordagens e métodos capazes de interpelar distintos temas relacionados à sua interface com as ciências humanas. Neste estudo, o objeto desta investigação é a produção de vínculo na relação médico e usuário do SUS, a partir do PMM. Por isso como fio condutor optou-se por uma abordagem qualitativa na tentativa de aprofundar a compreensão do tema objetivado.

Nas últimas décadas, a pluralização das esferas da vida tem apontado para um crescente interesse nas pesquisas qualitativas para os estudos que envolvem relações sociais. As mudanças, os novos

contextos e as perspectivas sociais, deflagram o necessário enfrentamento destas situações novas com uma pesquisa que utilize estratégias indutivas. Flick (2009) considera, que em vez de partir de teorias e testá-las, é imprescindível a construção de “conceitos sensibilizantes”. A pesquisa qualitativa, *grosso modo*, propõe-se a estudar o conhecimento e as práticas dos sujeitos envolvidos. Por não estar baseada em um conceito teórico e metodológico unificado, ela permite diversas abordagens teóricas com seus métodos qualificando as discussões e práticas da pesquisa. A variedade de abordagens é consequência da própria história da pesquisa qualitativa, cujas evoluções ocorreram, ora paralelamente, ora de maneira sequencial (FLICK, 2009).

Para Minayo (2007), a abordagem qualitativa se presta para focalizar estudos de instituições, grupos, movimentos sociais e do conjunto de interações sociais. A investigação trabalha com valores, crenças, hábitos e atitudes, representações e opiniões e é voltada para aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a determinados indivíduos e grupos.

Não obstante, a diversidade entre as abordagens qualitativas exige uma insígnia comum de analisarem os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas (MINAYO, 2007). Considerando essa opção metodológica por referência ao campo das ciências sociais, conforme Minayo (2014), seu objeto detém historicidade, consciência histórica, além de incluir uma identidade entre sujeito e objeto e seu caráter ideológico – elementos constitutivos da relação entre pesquisador e pesquisado, ou entre sujeito e objeto dessas investigações. Desse modo, gera um objeto complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação.

A escolha da abordagem qualitativa deve-se às características do objeto. A análise qualitativa oferece possibilidades interpretativas profundas sobre as relações e vivências e as práticas dos sujeitos (MINAYO, 2007).

As problemáticas enfrentadas por médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros trabalhadores do setor saúde, cada vez mais têm ocupado espaço em diversos estudos. Um número cada vez maior de atores sociais tem interesse pela abordagem qualitativa para investigar processos sanitários, fenômeno saúde-enfermidade, políticas, programas e práticas de atenção (BOSI; MERCADO, 2007). Essa compreensão ampliada dos significados extrapola a mera descrição de fatos, dos fenômenos e de seus elementos. Igualmente, procura

aprofundar análises sobre os significados desses elementos, fatos e fenômenos pela sua compreensão, à luz de teorias explicativas e sua aplicação à interação social.

Desse modo, nesta investigação destaca-se as implicações, os conflitos, as contradições e o potencial transformador do trabalho em saúde realizado pelos trabalhadores médicos com atuação no SUS, na relação com os usuários do sistema de saúde pública, a partir de um programa governamental destinado a ampliar o acesso à assistência médica no território brasileiro.

5.1 Técnica para a coleta dos dados qualitativos: as entrevistas semiestruturadas

A entrevista pareceu-nos uma abertura para compreender esse processo, assim como uma técnica para arranjar um conjunto heterogêneo de pontos de vista para a coleta de dados, permitindo realizar um aprofundamento daquilo que pensa e diz o outro. “A compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa” (GASKELL, 2012, p. 65). A opção por aplicar entrevistas semiestruturadas, *a priori*, referiu-se à possibilidade de os usuários e médicos discorrem sobre as suas concepções a respeito das relações, das formas, das práticas e das sutilezas desenvolvidas entre esses ambos na produção de vínculo. De tal modo, a escolha pelas entrevistas semiestruturadas teve dois arranjos: a) condição para abranger e acomodar o objeto de pesquisa de modo profundo e b) condição para conceder a associação de ideias do entrevistado sem, necessariamente, ser “conduzido” pelas perguntas e contribuir para o entrevistador não se dispensar de seus objetivos. A escolha de uma técnica implica a rejeição de outras correlatas. Daí a opção por não utilizar as entrevistas abertas.

A entrevista semiestruturada é uma técnica que, de acordo com Triviños (1987, p. 146), “[...] valoriza a presença do investigador e, ao mesmo tempo, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

Nesta pesquisa, a opção por entrevistas semiestruturadas ocorreu por dois motivos: 1) auxílio ao pesquisador na execução da coleta de dados, pelo estabelecimento de um fio condutor para a “conversa com finalidade” que é a própria entrevista, e 2) acolher a participação do

entrevistado sem determinação rígida da relação entre questionamento, comentário e acontecimento associados.

Durante todo o processo de realização das entrevistas, o pesquisador exerceu a função de interlocutor e entrevistado. A elaboração dos instrumentos de pesquisa foi idealizada pelo autor com contribuição das orientadoras da pesquisa.

Além das entrevistas, aplicadas aos médicos do PMM e aos usuários dos serviços da APS, lançou-se mão de dois outros instrumentos de pesquisa complementares: observação contextual e dados da internet. No primeiro caso, a observação direta assimétrica dos locais de trabalho, das formas das relações funcionais e interpessoais estabelecidas, além dos fluxos de trabalhadores e usuários também foram elementos importantes na coleta de dados. A observação teve a finalidade de qualificar os dados obtidos pelas entrevistas, oferecendo informações contextuais esclarecedoras e critérios parciais de fidedignidade. Um último conjunto de dados, com função meramente descritiva e contextualizadora nos limites deste estudo, obteve-se junto às secretarias municipais de saúde e outras fontes de informações do MS na internet, a fim de se colher informações quantitativas sobre os serviços produzidos pelas instituições.

5.1.1 Roteiro para as entrevistas

Quanto à elaboração do instrumento para a coleta dos dados qualitativos, ressaltamos a construção do roteiro para as entrevistas. Inicialmente, a elaboração de algumas das questões foi inspirada baseada na leitura prévia de um “Instrumento de Avaliação da Atenção Primária” (PCATool – Primary Care Assessment Tool), validado no Brasil.

O PCATool é uma criação baseada no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, proposta por Avedis Donabedian (1919-2000). Starfield e colaboradores criaram-no para medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais da APS (BRASIL, 2010a).

A proposta do PCATool-Brasil compreende um esforço científico para favorecer a busca de evidências sobre a efetividade da APS, produzindo consequências para as definições das políticas públicas de saúde. Ao mesmo tempo, trata-se de um instrumento para preencher a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, objetivando “mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de

saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade” (BRASIL, 2010a, p.11).

Advertimos que nesta pesquisa não se pretendeu realizar uma “avaliação em saúde”, tampouco mensurar dados. Também não se utilizou o instrumento de entrevista do PCATool propriamente dito. Contudo, alguns itens do seu questionário, relacionados à satisfação do usuário e, especialmente, o item referente à “longitudinalidade”, serviram de vetor para a criação de um instrumento singular.

Assim, formularam-se perguntas, a fim de subsidiar a pesquisa e adentrar nas sutilezas e delicadezas dos conteúdos, explicações e descrições realizadas pelos sujeitos participantes. Destarte, a construção de um “Roteiro de entrevistas da pesquisa: produções e interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira: análise do Programa Mais Médicos”, tornou-se fundamental para a execução das entrevistas (Apêndices C e D).

Entrar no espaço do outro é uma experiência singular e antes de tudo exige respeito e cuidado. O ordenamento de interrogações visa a percorrer o diálogo e as trocas produzidas no encontro entre indivíduos. Portanto, o roteiro representa um farol. Um sinal luminoso que circula mais como um caminho de volta do que um foco luminoso de grande intensidade que cega. Como a metáfora da música “12 Segundos de Oscuridad”, do uruguaio Jorge Drexler (2006): “Guia, enquanto não deixa de girar. Na verdade, não é a luz que importa. Mas, sim os 12 segundos de escuridão”. Assim, ao mesmo tempo, as questões são indutoras e restritivas.

Para entrevistar os diferentes atores foram construídas diversas versões de roteiro antes da produção final. As versões eram desenvolvidas separadamente para médicos e usuários. Antes de concluir o roteiro, as perguntas-guias nas entrevistas foram “testadas” em duas entrevistas “piloto”, com uma médica cubana e uma usuária acompanhada pela médica, tendo a participação voluntária e consentida. O “piloto” contribuiu para analisar as lacunas, as indagações desnecessárias e os acréscimos desejáveis.

Os dados oriundos das diferentes etapas de coleta foram tratados qualitativamente, a partir da organização e categorização realizada pelo software Atlas.ti® versão 7.5.7.

Técnicas para análise qualitativa com auxílio de computador não podem ser vistas como suficientes para produzir a análise; podem colaborar na tarefa de organização e arquivamento de textos, contudo,

são incapazes de realizar a análise interpretativa dos dados (KELLE, 2012). Esse sistema organizativo de dados contribuiu para o gerenciamento de documentos, facilitando a análise e permitindo, assim, criar categorias analíticas, agrupar falas referentes às categorias e gerar relatórios qualitativos.

Os softwares são instrumentos importantes para a construção de forma sistemática e eficiente, bem como para a análise dos dados, cujos resultados armazenados em bancos de dados podem ser visualizados, comparados e interrogados, ganhando confiabilidade e análises interativas (KELLE, 2012). Contudo, um software não é capaz de organizar um material sem a intervenção direta de um pesquisador. Ainda que o instrumento possa colaborar no processo de organização, o próprio arranjo escolhido tornou-se alvo de necessária relativização do pesquisador.

5.1.2 As entrevistas

Os conteúdos das entrevistas foram todos registrados em gravador de voz. A etapa sucessiva consistiu na transcrição dos dados.

Pierre Bourdieu (1930-2002) sinaliza a importância da transcrição de materiais de pesquisa com suas sutilezas e o cuidado do pesquisador na sua escuta. O autor indica que o próprio discurso produzido no encontro pode indicar e sugerir caminhos para a transformação do “imaterial” em algo “material”. As palavras e narrativas dos entrevistados na própria transcrição das entrevistas podem tornar-se referências para títulos e subtítulos, “[...] sobretudo, o texto que fazemos preceder o diálogo, estão lá para direcionar o olhar do leitor para os traços pertinentes que a percepção distraída e desarmada deixa escapar” (BOURDIEU, 1997, p. 10). A gravação também é uma forma de acesso a lembranças, aos condicionamentos e às condições sociais existentes, o que, de certa forma, pode-se apreender no autor do discurso, através de sua trajetória pessoal, suas experiências e formação profissional.

O processo de transcrição permite perceber tudo aquilo que se passa junto ao discurso transcrito, na pronúncia e entonação. Ao mesmo tempo, os silêncios, os lapsos submetidos e os subentendidos (BOURDIEU, 1997). O pesquisador realizou a transcrição de todas as entrevistas realizadas neste estudo. O método da transcrição consistiu na escuta pausada de cada áudio das entrevistas e sucessivo registro das falas em arquivo no computador.

Há dois fatos importantes para destacar durante a coleta e, posteriormente, durante a transcrição das entrevistas.

O primeiro diz respeito a pequenas anotações aleatórias realizadas nas margens do roteiro no momento das entrevistas com os participantes, pequenos sinais de uma linguagem corporal, gestos e olhares. Apontamentos curtos a fim de registrar algum tipo de comunicação não verbal. Não se trata de anotações padronizadas, pois cada entrevista teve sua particularidade, em contextos com suas diversidades de interferências e ruídos.

O segundo fato foi a transcrição das entrevistas dos (as) médicos (as) cubanos (as). A pronúncia e alguns hábitos fonéticos da língua materna, (espanhol), em alguns momentos raros, da articulação e/ou entonação permitiam identificar a sua origem e em outros instantes sendo necessário escutar com atenção o discurso proferido, acontecendo com mais frequência apenas em relação a um determinado entrevistado.

As entrevistas com os trabalhadores médicos duraram aproximadamente 1h30min, enquanto as entrevistas com os usuários ocorreram no período de 15 a 45 minutos.

As entrevistas com pouca duração, apesar de suscitar certa surpresa pela enxuta extensão temporal, foram consideradas, pois os usuários expuseram ponderações importantes, ainda que sintéticas. A economia dos usuários na linguagem possivelmente se atribua ao próprio local de realização da entrevista. Não necessariamente em virtude de um vocabulário limitado, monossilábico, como ocorre com certos grupos populacionais, mas o fator local pode, sim, ter reduzido e limitado o interesse ou a fluência.

5.1.3 Os entrevistados

Os participantes do estudo foram médicos (as) cubanos (as) do PMM em atuação junto a equipes de Saúde da Família em dois municípios do sul do Brasil e usuários do SUS vinculados aos serviços de saúde relacionados à atuação dos médicos do PMM, selecionados nos respectivos municípios, permitindo realizar correlações entre ambos.

Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi definido de forma arbitrária, considerando as realidades a serem estudadas e a conveniência do pesquisador.

O número total de participantes da pesquisa foi de vinte e cinco (25) pessoas. Doze (12) médicos(as) cubanos(as) do PMM, à razão de seis (6) médicos(as) para cada município integrante do cenário

escolhido, e treze (13) usuários, ambos dos municípios com adesão ao PMM, sendo seis (6) em um município e sete (7) no outro.

A previsão inicial do número de participantes era de 24 participantes, com distribuição paritária: um usuário para cada médico. Contudo, o número final não coincidiu com o planejamento, pois fatores externos interferiram na coleta de dados. Em determinada oportunidade, durante a atividade de campo, em uma das unidades de saúde, um usuário se voluntariou espontaneamente para conceder entrevista. Assim, optou-se por manter como material de análise as suas contribuições. Além disso, em diversa oportunidade, em outra unidade de saúde, após iniciar entrevista com um dos usuários, foi necessário interrompê-la, pois durante a conversa este apresentou alguns espasmos, o que progressivamente foi aumentando. O usuário conseguiu explicar sobre seu quadro de epilepsia. Houve concordância mútua em suspender a entrevista, evitando possíveis danos ou desconforto, sendo a mesma descartada. Assim, o total de entrevistas validadas foi de 25 participantes, sendo 12 médicos e 13 usuários.

5.1.3.1 Os médicos participantes

De acordo com o CFM (2013), o número de médicos registrado na região Sul era de 57.851, em 2013, sendo no estado de Santa Catarina um quantitativo de 12.497 médicos registrados, com uma distribuição de médicos por 1.000 habitantes com razão de 1,98. Em 2015, a região contava com 62.703 médicos, Santa Catarina com 13.738 médicos, sendo 2,07 médicos por 1.000 habitantes. Destes, 274 são médicos com especialidade em Medicina de Família e Comunidade³¹. Conforme dados do PMM disponibilizados pelo MEC³², no estado de Santa Catarina, até o começo de 2016, havia 59 médicos com registro no Conselho Regional de Medicina, 78 médicos Intercambistas Individuais, 225 Intercambistas Cooperados, categoria em que se enquadram os médicos cubanos vinculados à OPAS, totalizando 362 médicos ativos.

Os critérios de inclusão de médicos nesta pesquisa foram: médicos cubanos vinculados ao PMM para o Brasil, participantes cooperados, com identificação do Registro Ministério da Saúde (RMS)

³¹ Disponível em: <<http://www.cremesc.org.br/buscamedico.jsp>>. Acesso em: 10.02.2016.

³² Informação repassada por contato eletrônico por referência técnica da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde/MEC, no dia 10.02.2016.

relacionada à Portaria nº 17, de 14 de agosto de 2014³³, nos termos dos respectivos editais de adesão de diferentes idades e sexos, com pelos menos três meses de atuação na mesma ESF e, ainda, com populações em situação de maior vulnerabilidade no município. A opção por médicos cubanos deveu-se à pressuposição do pesquisador de que a formação médica cubana estaria alicerçada em conhecimentos comunitários e sociais na construção de um cuidado em saúde, sugerindo uma redução de ações intervencionistas e menos conectadas com a lógica da biomedicina.

O critério de três meses de atuação deveu-se a outro pressuposto: de que em três meses já haveria condições de o(a) médico(a) ter tempo para mais do que um encontro com o usuário. A situação das áreas de maior vulnerabilidade está exposta na caracterização do cenário da pesquisa.

Os critérios de exclusão de médicos foram: aqueles que ainda não haviam realizado atendimentos à população na unidade de saúde alocada, aqueles que não aceitassem a participação na pesquisa e ausência por quaisquer motivos.

Os 12 médicos participantes de ambos os sexos (dez participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino) apresentaram idades variáveis de 31 e 48 anos. Todos os médicos participantes do estudo fizeram a formação médica em instituições universitárias em Cuba e também tinham como área de especialidade Medicina Geral Integrada (embora essa não fosse um critério de inclusão). Os médicos participantes apresentam como principal característica a homogeneidade acentuada por referência à questão da formação, especificamente, a Medicina Geral Integral, especialidade equivalente ao título de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Além disso, quatro deles possuíam outras especialidades, sendo: oftalmologia, genética e epidemiologia. Um deles possuía mestrado em Epidemiologia.

O tempo de formação variou entre oito anos até vinte e quatro anos. Todos já haviam participado de trabalhos/missões em outros países, oito deles na Venezuela, dois na Bolívia, dois na Guatemala, um no Equador, um no Timor Leste e um em Gâmbia, sendo que dois já registravam colaboração em dois países. O tempo de atuação na equipe de Saúde da Família variou entre nove meses a um ano e sete meses. Apenas dois moravam na mesma comunidade onde atuavam.

³³ Relação nominal de todos os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Na Tabela I, são apresentadas algumas características gerais do perfil dos (as) médicos (as) participantes da investigação.

Tabela I – Características gerais dos(as) médicos(as) participantes da pesquisa, 2015.

Variáveis	Quantidade
Gênero	
Masculino	2
Feminino	10
Faixa Etária (anos)	
31 a 40	4
41 a 50	8
Especialidade¹	
Medicina Geral Integrada	12
Epidemiologia ²	2
Genética	1
Oftalmologia	1
Tempo de Experiência (anos)	
8 a 19	6
20 a 25	6
Trabalho em outro país³	
Venezuela	8
Bolívia	2
Guatemala	2
Equador	1
Gâmbia	1
Timor Leste	1
Tempo de atuação equipe (meses)	
9 – 14	2
15 – 18	10
Mora na comunidade	
Sim	2
Não	10

¹ Dois profissionais têm duas especialidades.

² Profissional com mestrado em Epidemiologia.

³ Dois médicos cubanos atuaram em dois países diferentes.

Em um dos municípios foram entrevistados dois (2) homens e quatro (4) mulheres, dentre os médicos participantes na rede de saúde. As idades variaram entre 31 e 48 anos. Todos formados em instituições

de ensino cubano, sendo elas: Instit. Superior de Ciências Médicas de Camaguey “Carlos Juan Finlay”, Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto “Che” Guevara de La Serna, Universidad Ciencias Médicas de La Havana e Universidad Medica de Ciego de Ávila. O tempo desde a formação variou entre oito (8) e vinte e dois (22) anos. Todos possuíam experiência de trabalho realizado em outro país (Bolívia, Guatemala e Venezuela), com pelo menos dois anos de residência. O tempo de atuação na equipe de saúde variou entre 12 a 16 meses.

No segundo município, os médicos participantes vinculados à rede de saúde foram todos do sexo feminino, com idade variando entre quarenta e dois (42) e quarenta e sete (47) anos. Todas com graduação em medicina em instituições de ensino cubana, sendo elas: Facultad de Ciencias Médicas de Holguín “Mariana Grajales Coello”, Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Medicina de La Havana “Comandante Manuel Fajardo” e Instit. Superior de Ciências Médicas de Camaguey “Carlos Juan Finlay”. O tempo de formação variou entre dezoito (18) e vinte e quatro (24) anos. Todas com especialidade em “Medicina Geral Integral”, além de duas médicas possuem outras especialidades (Genética Comunitária e Epidemiologia). Todas já haviam realizado trabalho em outros países, sendo eles: Venezuela, Timor Leste, Equador e Gâmbia, com tempo de atuação entre dois (2) a sete (7) anos. O tempo de atuação na equipe de saúde do município variou entre nove e 19 meses. E, nenhuma entrevistada residia na mesma comunidade onde atuavam como médica.

5.1.3.2 Os usuários participantes

Os usuários do sistema e dos serviços de saúde, especificamente, nos estabelecimentos relacionados à APS no SUS, procuram o cuidado por iniciativa própria, por indicação de algum profissional da ESF ou sua rede colaborativa comunitária. Portanto, a APS é o contato preferencial ou a porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde dos usuários, com vistas à garantia do direito à saúde, ao acesso e à continuidade do cuidado, que são peças chave para a corresponsabilização entre equipes (trabalhadores) e a população adscrita. Por isso, de acordo com a PNAB, “A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes com o objetivo de ser referência para o seu cuidado” (BRASIL, 2012, p. 21).

Os critérios de inclusão de usuários utilizados nesta pesquisa foram: adultos, ambos os sexos, com idade superior a 18 (dezoito) anos de idade, usuários do serviço da APS de sua comunidade, com acompanhamento do (a) médico (a) cubano (a) do PMM pelo menos há três meses. Os critérios de exclusão de usuários foram: aqueles que nunca foram atendidos por médicos (as) do PMM, não aceitação de participação na pesquisa e ausência por quaisquer motivos.

Na Tabela II são apresentadas características gerais dos usuários (as) participantes da investigação:

Tabela II – Características gerais dos usuários(as) participantes da pesquisa, 2015.

Variáveis	Quantidade
Gênero	
Masculino	4
Feminino	9
Faixa Etária (anos)	
30 a 40	3
41 a 50	3
Acima de 51	7
Profissão/Ocupação	
Aposentado	5
Dona de Casa	2
Doméstica	2
Babá	1
Autônomo	1
Agricultor	1
Servidor Público	1
Tempo de Residência (anos)	
2 a 20	5
Acima de 20	8
Tempo de utilização serviço	
6 (meses) – 2 (anos)	4
3 (anos) – 10 (anos)	5

Acima de 11 (anos)	4
Tempo de acompanhamento com médico (meses)	
6 – 14	8
15 – 18	5

Nesta pesquisa, os participantes da pesquisa eram de dois municípios de médio porte de Santa Catarina, como será descrito posteriormente. Em um dos municípios, foram participantes seis usuários, destes quatro mulheres e dois homens. Quanto às características sociodemográficas, a faixa etária dos usuários variou entre os 43 e 77 anos. Destes, quatro eram naturais de municípios catarinenses e dois do estado do Rio de Janeiro. A profissão/ocupação predominante foi: aposentados (3), doméstica (1), servidora pública (1) e autônoma (1). O tempo de residência na comunidade oscilou entre 10 a 38 anos. O tempo de utilização da unidade de saúde compreendia entre 6 a 20 anos. E, o tempo de acompanhamento com médico do PMM situava-se entre 7 a 16 meses.

Em outro município, foram participantes sete (7) usuários. Quanto ao sexo foram cinco mulheres e dois homens. A idade variou entre 40 a 74 anos. Quatro nascidos no estado catarinense e três nos estados de Minas Gerais, Bahia e Paraná. Em relação à profissão/ocupação: donas de casa (2), aposentados (2), agricultor (1), babá (1) e doméstica (1). Tempo de residência na comunidade variou entre 2 a 69 anos. O tempo de utilização da unidade de saúde variou entre seis meses a trinta anos. O tempo de acompanhamento com médico do PMM variou entre quatro a dezessete meses.

5.2 Entrando no campo e procedimentos éticos

A entrada no campo para coleta dos dados ocorreu inicialmente com os setores de educação em saúde de cada município. No primeiro momento imaginava-se a aproximação junto aos coordenadores da atenção básica nos diferentes municípios, a fim de agendar uma reunião de planejamento com o(s) responsável (is) para a organização do agendamento das visitas às unidades. No entanto, esse momento não ocorreu, pois os setores de educação em saúde das secretarias municipais tinham autonomia na representação das áreas de atenção básica. Esse fator diminuiu algumas distâncias e, ao mesmo tempo,

colocou nos setores a tomada de decisão dos critérios de seleção, especialmente, das unidades de saúde, evitando danos ou prejuízos ao seu funcionamento e ao atendimento dos usuários.

No momento do contato via correio eletrônico, o pesquisador expôs uma síntese de sua pesquisa, os objetivos, os procedimentos para a coleta de dados da pesquisa, os aspectos éticos ao(s) responsável (is) da gestão municipal e encaminhou o projeto de pesquisa. Após resposta de retorno dos setores responsáveis foram esclarecidas dúvidas e indicada a possibilidade do planejamento das visitas com a realização de um cronograma de idas às unidades de saúde. Esse contato foi fundamental para a organização do processo de coleta dos dados.

De posse destas informações, foram realizadas as entrevistas com os médicos (as) participantes, distribuídos em cada município, nas acomodações de suas respectivas unidades de atendimento, bem como dos usuários (as) acompanhados (as) pelos profissionais médicos (as), preservados o sigilo e anonimato.

Os convites para a participação dos usuários ocorreram no dia agendado na unidade de saúde, dentro das salas de espera dos respectivos serviços. Neste momento de preparação, foi explicitado o objetivo e a metodologia proposta na pesquisa, colocando a importância da participação a partir de conversa individual, mencionando seu caráter voluntário. Com o aceite verbal da participação, o usuário era convidado e encaminhado para ambiente reservado na unidade de saúde, se houvesse disponibilidade, mediante combinação prévia com o responsável pela coordenação da unidade, para realização e gravação da entrevista. Em alguns casos, as entrevistas foram realizadas na área externa, garantindo-se o cuidado com as interferências no contato com outras pessoas, sem nenhum tipo de dano ou desconforto ao entrevistado. Após essa etapa, era oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o de acordo do participante.

Para a realização da pesquisa, foram adotadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao MS, uma vez que envolveu a participação de seres humanos. O projeto foi submetido por meio da ferramenta eletrônica chamada “Plataforma Brasil”, para análise ética e a apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A Plataforma Brasil indicou o CEP da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP/SES/SC), tendo a aprovação, em 27/02/2015, com o parecer número 966.957/15 (Anexo). Somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa o pesquisador iniciou sua coleta de dados.

Igualmente, após ter recebido todas as informações sobre a pesquisa e seus objetivos diretamente do pesquisador, os participantes da pesquisa firmaram o TCLE. Aos participantes foi entregue uma via do TCLE, a fim de assegurar os preceitos éticos que a Resolução nº. 466/12 preconiza (Apêndices A e B). Foram utilizados três TCLEs por sugestão do CEP. Além das vias para o (a) médico (a) e o usuário, foi entregue uma das vias em língua estrangeira (espanhol), reprodução idêntica a TCLE em língua portuguesa, para facilitar a compreensão dos participantes médicos. Conforme a supracitada resolução, os aspectos éticos foram salvaguardados perante a garantia do sigilo e anonimato quanto ao uso das informações. O pesquisador responsável comprometeu-se em informar os resultados da pesquisa a todos os participantes do estudo. Todos os dados coletados serão preservados durante cinco anos.

5.2.1 Os cenários da pesquisa

O Brasil possui 5570 municípios, com uma população aproximada de 204.935.619 habitantes, conforme dados do IBGE³⁴, organizado por unidades político-administrativas, totalizando 26 estados e um Distrito Federal.

O cenário de pesquisa está voltado para região Sul do país, integrada por três Estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

O Rio Grande do Sul, em 2014, possuía uma população estimada de 11.207.274 habitantes, possui 497 municípios³⁵. Santa Catarina, uma população aproximada de 6.634.250 habitantes e 295 municípios, predominantemente com uma população de até 10.000 habitantes em 172 municípios³⁶. “A região Sul é aquela que apresenta a maior concentração relativa de municípios classificados como de Alto Desenvolvimento Humano (65% de seus municípios encontram-se nessa faixa)” (PNUD, 2013, p. 45).

³⁴ Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 13.10.2015.

³⁵ Fonte: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=rs>> Acesso em: 09.10.2014.

³⁶ Fonte: Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada DAGD/MS – IBGE – Ministério do Desenvolvimento Agrário, acesso em 20.04.2014.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida para avaliação do grau de desenvolvimento humano de um país. Possui três indicadores: acesso a conhecimento (educação), garantia de um padrão de vida digno (renda) e oportunidade uma vida longa e saudável (longevidade). O objetivo desta ferramenta quantitativa seria democratizar informações no âmbito municipal. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), organizador da ferramenta, incentiva que os países procurem desenvolver IDHs nacionais utilizando indicadores mais próximos de suas necessidades.

Em 1998, realizou-se no Brasil a primeira adaptação e criação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que é um instrumento democratizador de informações no âmbito municipal para sociedade, e que “[...] contribui para o fortalecimento das capacidades locais, o aprimoramento da gestão pública e o empoderamento dos cidadãos brasileiros por meio da ampliação do conhecimento sobre a sua realidade” (PNUD, 2013, p. 33). A construção do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013³⁷ (plataforma de consulta ao IDHM), oferece um panorama do desenvolvimento humano dos municípios, revelando as desigualdades existentes entre os vários aspectos do bem-estar.

A promoção do desenvolvimento humano requer, em primeiro lugar, que sejam garantidas às pessoas oportunidades reais de viver uma vida longa e saudável. Essas garantias incluem a criação e a manutenção de um ambiente saudável, e o acesso a tratamentos de saúde de qualidade, evitando a exposição a doenças (PNUD, 2013, p. 46).

Convém enfatizar que no IDHM, o tema da saúde está correlacionado ao eixo da longevidade. O estado de Santa Catarina ocupa a 3ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras. Se considerarmos os 100 municípios com maior IDHM, entre os 5565³⁸ municípios brasileiros avaliados pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, encontraremos 22 municípios, com destaque para

³⁷ Fonte: <www.atlasbrasil.org.br>.

³⁸ O Brasil conta, em 2014, com total de 5570 municípios em seu território, o ranking foi realizado em 2013, levando em consideração 5565 municípios.

Florianópolis (3°), Balneário Camboriú (4°) e Joaçaba (8°) se que situam entre os dez primeiros:

Quadro I – Classificação dos municípios de Santa Catarina, segundo sua posição no atlas do Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil – (2013).

Município	IDHM
Florianópolis	3°
Balneário Camboriú	4°
Joaçaba	8°
Joinville	21°
São José	21°
Blumenau	25°
Rio Fortuna	25°
Jaraguá do Sul	34°
Rio do Sul	36°
São Miguel do Oeste	37°
Concórdia	40°
Tubarão	53°
Itapema	53°
Brusque	56°
Itajaí	56°
Iomerê	56°
Treze Tílias	56°
Chapecó	67°
Luzerna	71°
Criciúma	76°
Porto União	87°

Diante desse panorama, pode-se perceber que as informações da região Sul, especialmente, o estado de Santa Catarina, expressam indicadores com qualidade elevada comparativamente com o restante do país. Por exemplo, a mortalidade infantil (indicador de mortalidade em menores de um ano de idade), cujo registro no ano de 2000 era de 16,8 por mil nascidos vivos diminuiu para, 11,5 por mil nascidos vivos, em 2010. Outro exemplo, em 2000, 9,24% das pessoas entre 15 e 24 anos não estudavam, não trabalhavam e estavam vulneráveis, ao passo em que em 2010, apenas 3,75% desta população se encontrava com as mesmas dificuldades.

O cenário da pesquisa se constituiu a partir da fixação do pesquisador no Estado de Santa Catarina, por meio do seu vínculo junto ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, sua rede colaborativa e contatos na saúde. Com o intuito de preparar alguns filtros na concepção do cenário de pesquisa foram pensados critérios de inclusão e exclusão para justificar o caminho percorrido.

No primeiro momento, os critérios de inclusão no cenário de pesquisa foram municípios de Santa Catarina que aderiram ao PMM e com inserção de médicos (as) cubanos (as) em ESF, nas modalidades previstas na PNAB.

Os municípios deveriam estar inseridos, considerando as Portarias n. 1.369/13 e n. 1.834/13, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos nos respectivos programas de alocação, provimento e fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social. Levou-se em consideração os municípios entre os mais populosos e com melhores IDHM aderidos ao PMM, pois espaços com maiores IDHM também escondem as desigualdades internas onde existem as maiores periferias dos grandes centros populacionais.

Os critérios de exclusão de municípios foram aqueles que não estavam entre os melhores IDHM, aqueles que não aderiram ao PMM e aqueles que aderiram, porém não possuem nenhum médico (a) cubano (a) em atuação em unidade de saúde vinculada ao SUS. Destes municípios citados entre os melhores IDHM em Santa Catarina muitos não aderiram ao PMM, como o caso de Balneário Camboriú, Joaçaba, São José, Rio do Sul, Tubarão, Iomerê, Treze Tílias, Luzerna e Criciúma.

Por fim, levando em consideração os critérios de exclusão e inclusão, adotaram-se como cenário de pesquisa os municípios de Florianópolis e Joinville. São os mais populosos, com melhores índices de desenvolvimento e com médicos cubanos do PMM em atuação em suas unidades de saúde no âmbito da APS. Nos grandes centros urbanos existem dois fatores que poderiam, a princípio, ser resolutivos entre si: concentração e distribuição de médicos. Contudo, se por um lado, há uma maior de concentração de médicos nestas cidades, por outro lado, estes mesmos centros têm grandes áreas com vulnerabilidade sem a disposição destes médicos, ou seja, ainda que o número de profissionais esteja concentrado nos serviços da APS dentro do SUS em áreas de periferias ainda há claros de assistência. O próprio número de médicos

do PMM nos dois municípios indicados, doze (12) em Florianópolis e quinze (15) em Joinville³⁹, traduz a necessidade destes para a atuação na ESF.

O município de Florianópolis, capital catarinense, possui 461.524 habitantes, existe há 289 anos possui IDHM de 0,847, em 2010, o que lhe situa na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1), sendo a capital brasileira como melhor índice. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a Longevidade, com índice de 0,873, seguida da Renda, com índice de 0,870, e da Educação, com índice de 0,800⁴⁰.

O município de Joinville está localizado no Norte Catarinense, conta com uma população de 515.288 habitantes, de acordo com o Censo (2010), tem 155 anos, sendo o seu IDHM de 0,809, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a Longevidade, com índice de 0,889, seguida da Renda, com índice de 0,795, e da Educação, com índice de 0,749⁴¹.

No âmbito da APS, Santa Catarina tem cobertura populacional de 4.903.205 habitantes, com um percentual de população coberta de 73,91%, com 1.565 ESF distribuídas entre os 292 municípios atendidos⁴², dados que representam uma cobertura populacional importante, isto é, um território com acesso a serviços de saúde.

Florianópolis conta com um percentual de população coberta de 89,81%, até o ano de 2014, com 128 equipes de saúde da família⁴³. Em

³⁹ Os dados apresentados foram retirados do Sistema de Informação do MEC (SIMEC). Disponível em: <<http://simec.mec.gov.br/maismedicos/maismedicos.php?modulo=relatorio/maismedicos&acao=C>>. Acesso em: 02.11.2014. Estes dados podem sofrer variações de acordo com o tempo.

⁴⁰ Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/florianopolis_sc#caracterizacao>. Acesso em: 03.10.2015.

⁴¹ Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/joinville_sc#caracterizacao>. Acesso em: 03.10.2015.

⁴² Fonte: DAB/SAS/MS. Site da Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 19.10. 2014

⁴³ Fonte: DAB/SAS/MS. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Site da Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. Acesso em: 13 de outubro de 2015.

notícia⁴⁴ veiculada em 2015, Florianópolis comemorou a marca de 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família.

O município teve aproximadamente 90% das suas equipes certificadas avaliadas como acima ou muito acima da média nacional pelo PMAQ/MS. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em 2014, foram realizadas 355.857 consultas médicas nos Centros de Saúde (CS)⁴⁵, ocorrendo 1,28 consultas médicas por habitante/ano. Destas, 195.503 (55%) foram realizadas no mesmo dia da procura do paciente.

A Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis, desde 1995, investe num processo de territorialização, isto é, uma adscrição territorial com critérios diversos, como: barreiras geográficas (mar, rios, morros etc.) como limites, condições sócio-econômico-culturais, fluxo de deslocamento das pessoas/acessibilidade. Esse processo envolve a influência destes critérios sobre os CS, assim como as “áreas de interesse social”, classificações de áreas de risco e/ou carência como: baixa renda familiar, precariedades habitacionais, da rede de infraestrutura, ambiental e áreas de risco, na posse da terra e na disponibilidade de equipamentos e serviços urbanos. No Plano Anual de Saúde (2014-2017) são assinalados alguns pontos relevantes, ditos como ameaças: 1) a persistência de iniquidades; 2) expressivo processo de evasão de profissionais médicos decorrentes da perda salarial e pouca flexibilidade da carga horária exigida; 3) obstáculos na autonomia da Secretaria Municipal de Saúde na operacionalização de programas e estratégias do MS; 4) dependência excessiva da utilização de recursos e repasses financeiros provenientes do MS (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2014).

O Plano municipal, de forma aberta, aponta possíveis percalços e desafios a serem enfrentados pela gestão municipal de saúde. A evasão de profissionais, por conta dos valores de remuneração e limitada flexibilidade de horários, despotencializa sua fixação, bem como refletindo em outros pontos referentes às contratualizações realizadas interinstitucionalmente (município e união). O próprio PMM é um exemplo da referida ameaça de (in)governabilidade.

⁴⁴

Disponível

em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=1998>>.

Acesso em: 13.10.2015.

⁴⁵ A terminologia adotada na capital catarinense para unidades de saúde da APS.

No início do PMM, a forma de participação dos municípios interessados com a proposta deveria ser por adesão voluntária mediante edital público, assim como em outros programas governamentais. Ainda que a gestão pública de Florianópolis tenha aderido ao PMM, pode-se observar, por comunicação estabelecida entre o MS e a prefeitura municipal, uma referência da não unanimidade de adesão ao Programa. Em 06 de setembro de 2013, o MS, após o processo de adesão, notificou a prefeitura de Florianópolis acerca do Decreto Municipal nº 11.945, de 07 de agosto de 2013, que impedia a atuação de médicos intercambistas participantes no município. O MS, sob efeito de suspensão do PMM no município, solicitou manifestação. Em 12 de setembro 2013, no Diário Oficial do Município de Florianópolis (Edição nº 1052), a partir do Decreto nº 12.118, foi suspenso os efeitos do Decreto nº 11.945. O episódio não deixou claro quais foram as mudanças e motivos que levaram os gestores públicos a desejarem impedir a entrada dos médicos estrangeiros. A capital catarinense, mesmo com uma ampla cobertura oferecida no sistema público de saúde, convivía com a baixa fixação de médicos em algumas áreas da periferia e para solucionar o problema contou com ajuda do PMM.

A organização do município está circunscrita em cinco Distritos Sanitários de Saúde⁴⁶: Centro, Leste, Centro, Continente e Sul. No total são 50 Centros de Saúde. Nesta pesquisa, o cenário de Florianópolis correspondente à conexão entre médico-usuário ocorreu em quatro (quatro) Centros de Saúde. Sendo 1 (um) C.S. no Distrito Sanitário Centro e três (3) no Distrito Sanitário Continente.

O outro município selecionado para cenário de pesquisa, Joinville conta com um percentual de pessoas residentes, distribuídas entre as áreas urbanas, rural e Distrito Industrial.

As realidades territoriais não são homogêneas, com diferenças de perfil socioeconômico da população, perfil epidemiológico e características geográficas como distância e dificuldade de acesso.

Está dividido em nove Regionais de Saúde, equivalente a Distritos Sanitários. Conforme o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), a atenção básica compreende 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 33 funcionando como ESF, 13 como “Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde” e sete no “modelo convencional” (arranjo particular onde há horários de funcionamento e composição de

⁴⁶ Áreas geográficas definidas com características epidemiológicas, sociais e os recursos de saúde para cuidado da população.

profissionais diferenciada) (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, 2013). De acordo com os dados do MS, Joinville conta com um percentual de população coberta de ESF de 36,58%, no ano de 2014, com 61⁴⁷ equipes de saúde da família. Tal percentual pode ser considerado baixo diante do tamanho da população do município.

Nesta pesquisa, no cenário de Joinville a conexão entre médico-usuário ocorreu em seis Unidades Básicas de Saúde, sendo cada UBS em uma Regional de Saúde, correspondendo às seguintes: Comasa, Vila Nova, Costa e Silva, Floresta, Jarivatuba e Fátima.

As escolhas pelas unidades de saúde ocorreram de forma aleatória, levando em consideração os fatores de inclusão do cenário: 1) unidades com pelo menos um médico (a) cubano (a) vinculado (a) ao PMM; 2) ter área adscrita territorial identificada com populações em situação em vulnerabilidade; 3) disponibilidade da gestão na verificação do consentimento dos médicos (as) para a participação na pesquisa; 4) disponibilidade dos próprios participantes usuários.

5.3 Processo de análise

Neste delineamento investigativo, tem-se como enfoque analítico a perspectiva da Análise de Conteúdo. Conforme Bardin (2011), a análise de conteúdo caracteriza-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações voltadas à extração de significados temáticos (categorias), ou significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples do texto, relacionando a presença e a frequência da citação de alguns temas, palavras ou ideias a fim de medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor. “Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos” (BARDIN, 2011, p. 37). Minayo (2014) considera que a expressão “análise de conteúdo” indica mais do que um procedimento técnico, pois se trata de uma busca da relação entre prática e teoria no campo das investigações sociais.

A história da análise de conteúdo está intimamente relacionada ao desenvolvimento de um instrumento de análise de comunicação nos Estados Unidos no século XX. Inicialmente, o material analisado era basicamente jornalístico, com a perspectiva da objetividade e o fascínio pelo rigor matemático, sistematizados através de análises estatísticas de valores, objetivos, símbolos, com foco quantitativo. Em meados de

⁴⁷ Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 13.10.2015.

1915, H. Lasswell desponta como o primeiro nome a fazer análise de imprensa e de propaganda. Destacam-se como importantes teóricos e criadores das técnicas de Análise de Conteúdo: Berelson, Lazarsfeld e Lasswell (BARDIN, 2011; MINAYO, 2014).

Um momento marcante para a análise de conteúdo foi a Segunda Guerra Mundial, com estudos para “desmascarar” propagandas subversivas. Na década de 1950-1960, há expansão do uso deste tipo de análise com a ampliação de seu debate pelas aproximações com a Antropologia, Sociologia e Psicologia, abrindo discussões de problemáticas intocáveis anteriormente. Posteriormente, nas décadas de 1960-1975, os computadores e softwares também incorporaram modalidades de tratamento dos dados de comunicação. Atualmente, a análise de conteúdo visa a ultrapassar o senso comum e o subjetivismo da interpretação, alcançando uma vigilância crítica ante a comunicação nas entrevistas e outras fontes (BARDIN, 2011; MINAYO, 2014).

Conforme Minayo (2014), neste tema existem diferentes modalidades, tais como: análise lexical, análise de expressão, análise de relações, análise temática e análise de enunciação. “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2014, p. 316, grifos da autora). Neste estudo é utilizada a “análise temática” por levar em consideração as características do objeto e sua peculiar relação com investigações qualitativas em saúde. De tal maneira, o estudo sobre a produção de vínculo entre médicos cubanos e usuários do SUS na APS poderia se beneficiar por este tipo de análise, a partir dos diferentes núcleos de sentido, reunindo explicações sobre esse fenômeno.

Bauer (2012, p. 190) afirma que: “A análise de conteúdo é apenas um método de análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais empíricas”. Suas forças e limitações podem ser percebidas das seguintes maneiras: a) sistemática e pública; b) pelo descuido com o que é raro ou está ausente e c) na relação entre unidades de texto segmentadas (BAUER, 2012).

A autora procura os núcleos de sentido nos enunciados. As variantes escolhidas vão depender de duas noções: a) do objeto – no caso desta pesquisa, no núcleo duro, qual seja, o vínculo. Não se trata de analisar o trabalho médico, nem as atitudes dos usuários na APS do SUS, mas, antes de tudo, os vínculos entre dois atores sociais em uma relação singular. Por isso, a própria concepção de vínculo adotada indica os elementos desta escolha; b) da variante temática – a opção pela

variante temática e a procura dos sentidos que os atores utilizam nas considerações do tema e seus subtemas permitem a inferência de conhecimentos. Resumindo, elegeu-se a análise de conteúdo pela possibilidade de inferir os significados a partir do discurso emitido pelos atores. Assim, escolhe-se a variante temática porque se decide por tratar o objeto como um tema a ser considerado em profundidade através dos núcleos de sentido.

5.3.1 Procedimentos indicativos para a análise

Na análise, conforme Bardin (2011), utilizam-se três polos cronológicos para a organização dos dados:

1) Pré-análise – esta fase além de iniciar a organização propriamente dita, com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as primeiras ideias, considera os aspectos a serem submetidos à análise e a elaboração de indicadores que ofereçam subsídios para as considerações finais: “A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, ‘aberta’, por oposição à exploração sistemática dos documentos” (BARDIN, 2011, p. 125-126).

2) Exploração do material – esta fase consiste nas operações de organização e decodificação dos dados em unidades temáticas e/ou categorias. Gomes (2007) considera que criar categorias com base em ideias próximas pode colaborar com a análise, especialmente aquelas relacionadas com os objetivos propostos para a pesquisa, além de seu referencial teórico de apoio.

3) Tratamento dos resultados obtidos e a interpretação – fase onde se fazem considerações e proposições com esses resultados (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo pode fornecer auxílio para duas funções: verificar as hipóteses da pesquisa e revelar conteúdos ocultos nas falas dos participantes. Reconstruindo as representações, se infere a expressão dos contextos, sendo o texto o meio de expressão deste mundo representado. Assim, um *corpus*⁴⁸ de texto representa e expressa à comunidade que escreve, por isso, considera Bauer (2012, p. 192): “[...] o resultado de uma análise de conteúdo é a variável dependente, a coisa a ser explicada”.

⁴⁸ Para Bardin (2010), um corpus se refere a um conjunto de documentos submetidos aos procedimentos analíticos.

Nesta pesquisa, foram adotados procedimentos e instrumentos para tornar exequível o processo de coleta⁴⁹ de dados para a melhor organização, tratamento e análise, a fim de compreender o processo de produção de vínculo no cuidado em saúde, entre usuários do SUS e médicos cubanos, integrantes do PMM, em dois municípios contextualizados.

Não temos interesse em realizar uma análise documental neste estudo. Contudo, inevitavelmente, os documentos são declarações escritas que reconhecem prova de um estado, condição, habilitação, fato ou acontecimento. Por isso, textos ou qualquer objeto que se colige como prova de autenticidade de um fato e que constitui elemento de informação são elementos para indicar caminhos. Alguns textos desaparecem, outros adquirem destaque durante o processo. De uma forma ou de outra, foram textos indexados e não indexados, imagens e vídeos que ajudaram a constituir os dados qualitativos para chegar ao delineamento da pesquisa. Optamos por utilizar como técnica fundamental as entrevistas. Não foi feita uma análise documental formal, mas alguns documentos foram utilizados sempre que se sentiu necessidade. A escolha deste trajeto permitiu a aproximação do objeto por meio de ações estratégicas. Por exemplo, em conversas com gestores para pedir permissão para entrar no campo, em encontros presenciais da especialização dos médicos do PMM, em trocas de emails com tutores e supervisores do PMM em Santa Catarina e no acolhimento inicial na chegada dos médicos no estado.

5.3.2 O tratamento para análise

A etapa inicial para o processo de análise iniciou-se com a uma leitura compreensiva do material coletado. Foram ouvidas e lidas todas as entrevistas com as transcrições em mãos. Essa etapa consistiu num esforço de leitura e escuta dos áudios das entrevistas. O contato inicial com o material de campo, aliado à leitura de cada entrevista, permitiu realizar anotações das primeiras impressões, procurando encontrar coerência interna das informações.

A segunda etapa versou sobre a análise do material propriamente dita. Nesta fase, a partir de uma leitura flutuante, foram anotadas

⁴⁹ A coleta de dados se aproxima da lógica de um preparo da terra para o plantio, pois não se coleta (“colhe”) nada sem antes ter produzido algum tipo de movimento ou iniciativa “germinante”.

associações, figuras de retórica, silêncios, risos qualificados (p. ex., riso nervoso, riso sem graça-envergonhado); bem como houve enfoque na identificação, seleção e análise dos núcleos de sentido, unidades de registro e a codificação propriamente dita. Finalmente, na terceira etapa, partiu-se para elaboração de uma síntese interpretativa, por meio de uma redação capaz de conjugar temas com objetivos e pressupostos da pesquisa.

De maneira geral, por influência de Minayo (2014), a proposta de operacionalização da análise da pesquisa conteve as seguintes fases: I) ordenação dos dados: a) transcrições, b) releitura do material, c) organização dos relatos em determinada ordem e d) organização dos dados de observação; II) classificação de dados: a) Leitura horizontal e exaustiva dos textos e b) Leitura transversal; III) análise final: profunda inflexão sobre o material produzido em busca da compreensão à interpretação, do empírico ao teórico, do concreto ao abstrato e vice-versa.

Um grande desafio frente ao tratamento dos dados foi a conectividade entre as categorias e subcategorias analíticas. Durante o processo de análise, as brechas e lacunas identificadas foram progressivamente sendo agrupadas por características e qualidades na operacionalização destas categorias analíticas.

O diálogo interdisciplinar entre os campos das Ciências Humanas e da Saúde Coletiva é necessário para a ampliação da capacidade de análise. Como o que se pretende estudar não é algo acabado, mas algo cuja escolha determina as relações estabelecidas na articulação social e profissional assumida entre dois sujeitos, é irrefutável identificar e reconhecer as incompletudes e lacunas existentes no processo. Assim, o que se pretendeu foi analisar a produção de vínculo como elemento constitutivo do cuidado dando-lhe um sentido social articulado, especialmente nos aspectos não materiais, a partir de um programa governamental brasileiro e do contato entre médicos e usuários no contexto da APS.

Primeiramente, faz-se necessário recuperar os objetivos desta pesquisa: 1) identificar a concepção dos usuários do SUS e médicos do PMM sobre suas experiências de produção de vínculo no âmbito do cuidado em saúde da APS; 2) descrever quais elementos possibilitam a produção de vínculos a serem estabelecidos no encontro entre os sujeitos; 3) evidenciar de maneira crítica as potencialidades e as fragilidades da constituição de vínculo no âmbito da experiência singular do PMM.

Analisou-se a totalidade dos 25 documentos primários (entrevistas). A identificação dos nomes foi substituída por marcadores visuais com a palavra “MED” quando referente à fala dos médicos e “USU”, para usuários. Os termos foram acrescidos de um número para distinguir as falas entre os entrevistados. Além disso, utilizou-se indistintamente o gênero masculino ou feminino para fazer referência aos entrevistados; optou-se por usar “médico” e “usuário” independente de seu gênero, embora em alguns trechos das entrevistas as características dos comentários possibilitem essa identificação⁵⁰.

Os documentos primários foram codificados a partir de palavras-chave, denominadas códigos, que expressavam o conteúdo das frases e parágrafos, decompondo os corpos de dados em categorias iniciais. Os códigos são como a anexação de palavras indexadas aos segmentos da unidade de um registro (BAUER, 2012). A lista de códigos foi confeccionada a partir de um processo de leitura flutuante de todas as entrevistas, levando em consideração os elementos proeminentes e as ideias que pareciam centrais na comunicação com o entrevistado.

Inicialmente, foram elaborados 69 *codes* (códigos) com o total de 618 *quotations* (citações) nos 25 documentos primários. Contudo, no final, foram empregados 68 códigos. Ao longo do processo de codificação, alguns códigos foram progressivamente deixados de ser usufruídos, pois outros códigos abrangiam com mais exatidão o conteúdo das entrevistas.

O código “#saúde”, por exemplo, não foi utilizado nenhuma vez. Quatro códigos verificaram-se apenas uma vez: “#consulta, mais”, “#descoberta/curiosidade”, “#sensibilizar” e “#violência”. Nove códigos foram empregados apenas duas vezes: “#defesa dos direitos dos usuários”, “#ética, conflito”, “#interrogatório”, “#medicina”, “#preconceito”, “#raciocínio clínico”, “#redução de danos”, “#relação, multiprofissional”, “#valorização do trabalho e trabalhador”. Entre os frequentemente utilizados tem-se cinquenta citações “#relação, usuário-médico”. Em seguida, têm-se 45 citações “#vínculo, sentidos”, com 42 citações “#cuidado, sentidos/estratégias”, com 37 citações “#PMM”, com 36 citações “cuba/cubanismo”, seguido com 31 ambos

⁵⁰ O gênero e raça são elementos importantes na demarcação de diferenças e posições teóricas e políticas que refletem nas desigualdades persistentes. No que diz respeito a esses pontos, não foi suficiente nem mesmo parcial as contribuições do pesquisador. Assumimos a lacuna importante que poderia ser explorada com o aprofundamento destes dois pontos.

“#longitudinalidade/acompanhamento” e “#confiança/desconfiança. Merecem destaque com 30 citações os códigos: “#escuta/escutar” e “#ética, entendimento”. Os códigos e o número de vezes citados podem ser consultados no Apêndice E.

A necessidade de evidenciar esses pormenores, diante do rol de códigos, é retratar a importância desta opção classificatória no “tratamento” dos dados, isto é, a própria construção do percurso de permutação da análise. Assim como o significado de evidenciar ajustes, acordos e combinações para determinados pontos a serem ordenados por afinidade temática. Ressalte-se que os códigos mais repetitivos também ajudaram na constituição de categorias – no software as categorias são chamadas de famílias – determinadas a partir da elaboração teórica e da ênfase dos dados.

Foram produzidas cinco categorias correspondentes, sendo elas:

- (a) relação médico e usuário;
- (b) produção de vínculos;
- (c) experiência do “cubanismo”;
- (d) evidência como transitória verdade;
- (e) cuidado como experiência e escuta como tecnologia.

O passo seguinte no processo de análise foi a construção de uma ordenação de todos os dados coletados. Em síntese, os códigos foram agrupados em categorias iniciais, sendo as mais significativas selecionadas para formar categorias temáticas, traduzindo as características similares e de relações complementares entre si.

Na escolha das unidades de registro foram observados parágrafos ou frases “valiosas”, formando blocos separados com os destaques de cada documento primário. Tratavam-se de citações que permitiam acesso e passagem a temas implícitos e explícitos – portanto, emblemáticas para criar uma narrativa.

Contudo, alguns documentos primários tiveram mais do que três citações selecionadas, pois em alguns casos os conteúdos dos discursos realçaram o tema de interesse da pesquisa, expressando ideias sintéticas ou peças que aparentemente evidenciavam uma passagem relevante.

No total, foram 115 citações selecionadas. Para cada citação, além de ser analisada com atenção a “unidade de sentido”, foi produzida uma “nota teórico-reflexiva”, isto é, um comentário apostado nas margens do conteúdo expresso, permitindo outro tipo de passagem dos “ditos” aos “escritos”. Esta fase, além de ter levado um tempo considerável, permitiu um grau de concentração com o conteúdo das entrevistas e um aprofundamento qualitativo no “exame” da relação entre alguns

elementos (códigos, expressões, significados e signos) com o objeto da pesquisa.

Neste momento, além de recuperar alguns elementos teóricos sobre o tema, permitiu-se uma análise “criativa” e “inventiva” dos conteúdos, ou seja, uma mistura de criação livre, guiada pela luminosidade teórica e conceitual como um farol e as sombras interpretativas das falas dos entrevistados. Assim, como a metáfora de Drexler (2006) na música “12 segundos de obscuridad”, um farol quieto não seria nada, necessita executar um movimento rotativo e inquieto, guia enquanto não deixa de girar, mas o que importa são os segundos de escuridão.

Ao conectar as categorias, por similaridade e aproximação de sentido, produziu-se o que chamamos de “metabolismo dos sinais”, consistente num conjunto de transformações do processo organizacional dos dados coletados a partir da produção integral, finalizando três blocos temáticos que agrupam acepções, significados e sentidos extraídos dos documentos primários.

O arranjo estruturado em cinco blocos teve a finalidade de recuperar os três objetivos propostos para a pesquisa e a busca de conseguir maior densidade na concepção analítica dos blocos – um exercício consistente na abordagem de questões da produção de vínculos no processo de trabalho em saúde entre a micropolítica da relação médico-usuário e a macropolítica da relação programa governamental-acesso-cuidado.

6. Produção e experiências de vínculos: um processo em permutação

Neste capítulo são analisados os materiais coletados a partir das cinco categorias apontadas anteriormente: relação médico-usuário, produção de vínculos, experiência brasileira com os médicos cubanos, evidências na clínica médica e tecnologias de escuta e cuidado. Os resultados apresentados estão configurados e redigidos em conjunto com fragmentos das entrevistas dos participantes. A discussão destas categorias acarreta um movimento de aproximações e combinações para demonstrar posições e manifestações da produção de vínculos entre médico cubanos e usuários do SUS.

6.1 A relação médico e usuário e suas produções de verdade

*nunca cometo o mesmo erro
duas vezes
já cometo duas três
quatro cinco seis
até esse erro aprender
que só o erro tem vez
Paulo Leminski*

Desde sempre, a arte como meio de expressão humana procura retratar a história, os fatos e fenômenos da vida e da morte – eventualmente o imaginário. Neste sentido, torna-se dispositivo de registro histórico e, eventualmente, de subsídio para a análise de objetos relacionados. Toma-se como exemplo a obra *The Doctor*, de Sir Samuel Luke Fields, pintor do século XIX. Na peça estão retratados um médico, os pais e uma menina, ao que tudo indica, em um leito. O médico está a olhar fixamente para a criança, bem como para os pais. Contudo, as expressões parecem diversas. Os pais expressam preocupação com o estado da pequena. Porém, uma preocupação que exprime um sentimento de ternura e medo. Já a expressão do médico transborda uma fixidez no olhar. Tal expressão sugere um pensamento organizado, que é a expressão do encontro singular; olhar que exprime a sondagem do corpo, o olhar da clínica, o olhar do médico que, em seu silêncio, parece procurar ou aguardar alguma solução para a enfermidade da criança. O cenário é o lar onde o momento expressa relações que estão sob o jugo da doença que induz ao cuidado. Destarte, há uma partilha de sentimentos em relação à criança. Estabelece-se na cena uma

conjugação de relações entre os personagens, mas que tem um sentido único do olhar: olhar do pesquisador sobre a obra, das figuras expostas e seus papéis, do ambiente onde a cena se desenvolve e do tempo no qual ela ocorre. A cena é de um episódio de cuidado e tratamento.

O tratamento é aqui considerado como conjunto de dispositivos que confluem para o enfrentamento da doença, mas que necessita de algo que lhe complete a efetividade, algo que inclua o jogo de relações estabelecido no episódio da presença da doença, qual seja o cuidado, para além do próprio tratamento. O esforço, aqui, é de fazer vir à tona um aspecto desse cuidado, centrado nas figuras de uma relação específica – o vínculo produzido entre médico e usuário do SUS, que se encontram dentro de um formato proposto pela APS. A arte como ponto de partida para a análise do processo de constituição dessa relação nesse encontro singular.

*Eu trato o paciente como uma pessoa normal, escuto e examino. MED 02*⁵¹

O entrevistado diz: “*eu trato*” – dois sentidos: tratar medicamente; tratar como no trato com a pessoa. “*Como uma pessoa normal*”, qual o sentido disto? Normal como padrão a ser investigado ou normal como uma pessoa em uma circunstância qualquer, com o “bom dia!”, “queira sentar-se!”, “como vai?”. Estatuto. “*Escuto*” – ouço a queixa para registro ou estabeleço uma conversa com finalidade? “*Examino*” – faço o meu papel de exercitar o olhar em diagonal, como dizia Foucault, que atravessa o corpo do sujeito pelos sentidos do médico. Procedimento.

A um só tempo, a composição de estatutos e de procedimentos que se estabelecem nas circunstâncias das práticas médicas com diversos contratos tácitos na relação com o doente. Para Canguilhem (2005), ao longo da história o par médico-doente raras vezes foi harmonioso.

A formação médica, por uma série de fatores, entre eles, a modalidade particular da semiologia médica, reforça a concepção de uma investigação do normal e do patológico. A avaliação dos usuários, a partir de técnicas de exame de enfermidades e recursos de identificação das condições patológicas, coloca em evidência as manifestações

⁵¹ Os fragmentos das entrevistas são apresentados em *itálico* por convenção do pesquisador.

clínicas das patologias em vez do registro da experiência singular do adoecimento ou sofrimento enfrentado. A normalidade dos sinais e sintomas das doenças muitas vezes é regida pelo saber médico com o balizamento dos valores e desvios da “normalidade”, geralmente administrada por uma média estatística, ou, a partir do argumento de Canguilhem (2012), de utilizar a morte como parâmetro. “Para corpo inerte, medicina ativa” (CANGUILHEM, 2005, p. 12).

A escuta e o exame da pessoa, se levadas em consideração, podem estar diretamente relacionadas ao modo como o normal é concebido. Contudo, o médico não parte do normal, pois aprende o normal na sua formação a partir do anormal – assim se constitui a medicina moderna. Esse é o olhar sobre o normal. O objeto da medicina não é a normalidade, mas o corpo humano doente como já afirmamos. O médico procura a normalidade no doente como ponto de partida e de chegada para suas conclusões e intervenções. Alguns sinais e sintomas antecipariam o que é, e o que pode vir a ser o doente, enfatiza Camargo Jr. (1992, p. 223): “para a clínica é importante fazer desaparecer o subjetivo, para que surja a doença, e não o doente”. Assim, parece-nos que a consideração do normal e do patológico sob o olhar da medicina, nos leva a perceber emergir o cuidar e o tratar como exercício e do olhar e da escuta⁵².

A marca de uma regulação pode estabilizar um modo de olhar e de escutar induzindo uma antecipação, uma maneira de operar um cuidado, a partir de arranjos predefinidos, e assumir a interpretação de um achado clínico como a verdade que habita um indivíduo. Assim, uma determinação antecipatória restringiria a construção de projetos de vida por meio de um conjunto de regras de produção da verdade (a verdade, não como produção de enunciados verdadeiros, como pronuncia Foucault, mas a configuração de domínio no qual a prática de verdadeiro e falso pode ser regulado ou pertinente). A escuta e o olhar também podem normalizar, isto é, servirem de instrumentos para regular ou balizar aquilo que o outro mostra e diz. Os grifos no depoimento a seguir atestam essa função normalizadora.

O usuário vem ao posto porque procura uma ajuda, então acho que eles procuram um apoio em mim, uma solução para o problema que o traz ao posto. Esperam que eu faça alguma coisa boa

⁵² Esse tema será profundamente analisado no subcapítulo 6.5.

para a população. Cada pessoa espera um bem particular e vem procurar atendimento por ter um problema, por alguma dúvida que acontece com ele. Mas o meu trabalho é mais amplo, pois não atendo só o indivíduo, atendo a família. Eu analiso o indivíduo, a família e o ambiente. A ideia é falar para mudar de forma positiva as pessoas. MED 06.

Ao mesmo tempo, o discurso médico que procura alterar a vida do outro de forma “positiva” traz como perspectiva um olhar abrangente e integral, apresentando a necessidade de um conhecimento ampliado para o aprimoramento das relações entre médico, família e comunidade. Sob certo aspecto, quando o médico se propõe a construir um “trabalho vivo em ato”, conforme afirma Merhy (1997), aceitando os diversos movimentos de idas e vindas das necessidades dos usuários e experimentando os acordos e desacordos dentro do cenário do SUS, fortalece o vínculo que afeta o próprio cuidado. Ao mesmo tempo, ao produzir uma relação diferenciada no trabalho médico no SUS, especialmente na APS, pode alterar processos de trabalho centrados em procedimentos médicos, deslocando os atos prescritivos, para induzir, a partir do território e suas famílias, um cuidado centrado no “modo de cuidar”. Transcendendo o simples “tratar” para a constituição de outras formas de aproximar médicos e usuários na APS, qual seja, introduzir um processo de produção do cuidado em conexão entre indivíduos.

O ato de produzir cuidado é um processo contínuo no cotidiano do fazer saúde, conforme Merhy (2013), no qual os trabalhadores também experimentam outros processos de subjetivação com produções coletivas. Produzir cuidado significa produzir-se e se deixar produzir, como uma troca estabelecida na relação com o outro. Um encontro com experiências múltiplas e interação social no cuidado de si. Ao transpor esse processo de afetar e ser afetado, o encontro entre médico e usuário tem no mesmo plano a inclusão entre pessoas, famílias e comunidades relacionada aos seus interiores, liberdades, restrições e saberes, como uma interseção destes universos.

Sempre trato que o paciente fique à vontade para falar, ficando no mesmo nível dele. Que ele me olhe nos olhos, não como médico, como uma pessoa que vai tentar ajudar e dar sempre o

*melhor. De uma maneira positiva sempre. MED
06*

Neste ponto, o discurso funciona com dupla função: 1) como testemunha e 2) como ponto de partida. Sob determinado aspecto, a pessoa é convocada para depor sobre si, apontando sua própria investigação sobre si mesmo, revelando as causas imagináveis do que sabe sobre si, ou deposita no outro a expectativa do que pode vir, a saber, dela, pela escuta. Ao mesmo tempo, quando o médico convida o usuário a “ficar à vontade”, mostra uma técnica para induzir a um processo investigativo e analítico de sua prática, ou seja, manter um estado de tranquilidade para explorar e reconhecer o domínio dos códigos produzidos pelo sujeito.

Na constituição de uma relação médico e usuário, de acordo com o entrevistado, estão transpostos obstáculos na habilidade de se estabelecer o “*mesmo nível*”, ou seja, tenta diminuir a “hierarquia” existente na indissociável relação entre poder-saber presente na interação dos dois protagonistas. A cada encontro uma camada de códigos de comportamentos, das formas de subjetivação e das práticas de si é produzida, permitindo a construção de um “contrato” terapêutico para ampliar as estratégias de cuidado. Assim, conforme foi mencionado anteriormente, o olhar é fundamental para a conexão entre os sujeitos, por isso, “olhe nos olhos” pode ter dupla intencionalidade: 1) ruptura-transcendência: romper com a ordem e os enunciados predefinidos na apropriação social do lugar do médico; compartilhar a produção de verdade, e 2) sedução para alcançar certos objetivos: possuir capacidade para ajustar, a partir do relato, uma sistematização dos códigos para garantir os procedimentos e técnicas por meio dos quais elabora sua prática.

*Na consulta gosto de colocar a cadeira deles [usuários] perto de mim, e eles se afastam. Pergunto se eles têm medo de mim e me responderam que nunca foram atendidos desse jeito, que nunca nenhum médico olhou para eles. Eu até pensava que eles estavam mentindo. MED
08*

A proximidade do olhar pode eliminar as distâncias. O gesto de diminuir o afastamento possibilita uma continência, uma posição de

acolhimento e uma ruptura com uma posição dominadora. A disposição dos móveis e da organização do ambiente pode colaborar para aproximar e produzir uma redução do distanciamento entre os sujeitos. As barreiras arquitetônicas também são formas para produzir relações em saúde.

O cuidado com a ambiência enuncia ou denuncia o campo do diálogo, ou seja, a configuração de um ambiente é capaz de produzir espaços de encontros ou de desencontros. O lugar da cadeira ou da mesa pode refletir em que “posição” se pode pronunciar, de onde emana o discurso, se ao lado, ou entre uma barreira física.

O próprio medo do encontro – o “se afastar” –, também revela o estranhamento do “estar perto” e mostra que a própria aproximação exige um reposicionamento no modo de falar de si. A seu turno, a proximidade também pode ampliar as distâncias, pois se reduzidos os obstáculos (emblema da garantia do saber-poder), os mecanismos de defesa podem desvendar da surpresa ao afastamento de si.

Pergunta-se: o médico inserido no cuidado com as famílias e comunidade reduziria esse medo do encontro dos usuários consigo mesmo? Na relação médico-usuário no manifesto “jogo de verdade”, como enuncia Foucault – ser sujeito e objeto com estranhas estratégias e relações de poder, relações entre verdades, poder e si mesmo –, o próprio médico e o usuário podem ser representantes da “verdade”, do saber científico, da dominação moral, na mesma medida? Este seria um dos aspectos fundantes da produção de verdade. Os médicos parecem demonstrar um esforço para reduzir o peso da hierarquia nessa relação desigual, seja pela dedicação à escuta aberta e procura de uma intimidade mutuamente reconfortante, seja pela proximidade física que esconjura o medo recíproco, mesmo não abrindo mão de sua prática, que depende diretamente da decodificação do discurso do usuário. Com isso, tudo leva a crer que o esforço que se evidencia procura reduzir os efeitos de verdade do poder-saber médico no encontro singular.

Uma vez estabelecido um vínculo, o usuário exterioriza suas verdades. Primeiro, porque o médico deixa de ser um estranho para o usuário. Segundo, porque o usuário não teme o que fala, assume suas incoerências, revela o seu pensar e agir. O contato possibilita uma aproximação e permite um estreitamento da relação médico-usuário. A experiência singular da relação também pode contribuir para o enfrentamento de múltiplas e interativas situações que levam à medicalização da vida cotidiana. Ao mesmo tempo em que “os médicos que inventam doenças e criam novos rótulos, são como agentes

infecciosos que transmitem doenças” (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2016, p. 18) e também podem criar outras maneiras de acolher o sofrimento inerente ao processo de adoecimento, trazendo, antes da doença, o indivíduo.

Ela permite fazendo o que você está fazendo comigo agora. É dando confiança para eu poder falar, passando confiança, dando liberdade de falar sem tempo, sem ficar olhando para o relógio, ou apressando. As consultas são demoradas e ela te dá todo o tempo necessário. Ela dá liberdade e atenção. E, se preocupa. USU 04

Na relação médico-usuário alguns elementos podem ser evidenciados de forma sutil e implícita, enquanto outros são perceptíveis e explícitos. Nas palavras do usuário acompanhado pelo médico, suas declarações destacam expressões como: “*poder falar*”, “*passando confiança*”, “*sem ficar olhando para o relógio ou apressado*”, “*consultas demoradas*” e “*dá liberdade e se preocupa*”. As cinco elucidações são aspectos subentendidos relacionados com um método suscetível da produção de um *êthos* do cuidado.

De modo sintético, nota-se a importância atribuída à oportunidade para o sujeito expor-se, correr os riscos de colocar-se na relação, e o tempo como chave, tanto para retardar o ritmo, como para acelerar o processo de necessidades, demandas e desejos dos sujeitos. Assim, se é “possível” falar, sem pressa, percebe-se que o ouvinte lhe dá a devida atenção e mantém interesse ou sentimento de responsabilidade, trata-se de manifestar um modo de cuidado e, principalmente, uma possibilidade de produzir vínculos, sobretudo, como práticas de liberdade.

Assim, percebe-se um antes (aquilo que se escuta e vê), um durante (aquilo que se espera e compreende) e um depois (aquilo que se demonstra e projeta) – os três marcos temporais da relação médico-usuário neste tempo-espço do encontro na consulta. Oportuniza-se ao usuário expor suas necessidades-demandas-desejos, ratificando uma transferência e produzindo vínculos. A surpresa para o usuário entrevistado é a reconfiguração do lugar social, limites e aproximações, entre o médico e o usuário através da relação com o tempo, invertendo o

tempo de espera, de submissão, de passividade, para encontrar o tempo de confiança, de tranquilidade e de atenção.

Na verdade, na medida em que você vai se relacionando com o paciente, você vai conhecendo o jeito dele e isso é bom na atenção básica para diagnosticar seu problema, seu jeito, a forma de falar com o médico. Vai acostumando e o paciente sabe a precisão do médico com a comunicação. Isso se ganha com o tempo e o relacionamento com o paciente. A língua não é uma barreira, não é uma dificuldade. Mesmo com pacientes com pouca cultura. Uso todas as técnicas possíveis. Se não dá com a palavra, uso a caneta e o papel. MED 06

Aparentemente, um desafio na produção de vínculo na relação entre médicos cubanos e usuários do SUS consistiria em estabelecer uma comunicação eficaz. Contudo, conforme o médico entrevistado, as inevitáveis distâncias socioculturais e contextuais não se tornaram obstáculos intransponíveis. Ao destituir barreiras e constituir tecnologias de cuidado em saúde, as distâncias se reduzem.

Ainda neste contexto, outro desafio, menos explícito, pode estar transposto na noção de “conhecer” e de “relacionar-se”: 1) o domínio do desconhecido e do próprio exercício de poder do médico sobre o usuário e 2) a influência do desconhecimento ao “ocupar-se de si”, para o próprio governo de si, e da própria atividade que reflete no retorno deste para si. Não devemos deixar de assinalar que “conhecer” é peça-chave para o diagnóstico. Reiteradamente, os médicos cubanos indicam essa assertiva. A seu turno, os usuários do SUS também têm interesse especial no médico saber se está “livre” da nêmesis da doença.

Porque eu sou difícil de pedir exame, então ela passa, ela sempre pede. Faz tal exame. Aí ela sabe o que eu tenho. Já é melhor isso também, porque a maioria dos médicos passa remédio, mas se não fica boa, volta de novo. E ela não, ela já pede exames, passa o remédio, mas encaminha para fazer outros exames. Isso é legal também. USU 02

O modo como o usuário expressa sua relação com o médico está marcadamente sustentado em uma relação de saber-poder, uma vez que o ato de “não pedir” exames com frequência, parece estar intrínseco ao fato de ele saber o que tem ou pode vir a ter e por isso assumir a dianteira e “solicitar” o exame e não o médico.

Ora, se a medicina representa de alguma forma acesso a algumas tecnologias de cuidado, o usuário antecipa o primeiro passo na demanda do rastreamento de sua falta de sintoma. Assintomático, procura, desconfiado, essa outra porção desconhecida de si, daquilo que ainda não se tornou manifesto, mas supostamente pode existir. Este parece ser um dos efeitos da medicalização, expresso pela necessidade de ter seu corpo saudável vasculhado por procedimentos tecnológicos de alta densidade. Ainda que este recorte da fala do usuário seja estrito ao pedido de “exame”, não se deve desconsiderar que as manifestações da medicalização extravasam e incluem aspectos de diversas naturezas: econômicos, políticos, culturais etc. Mesmo porque o escopo da medicalização não está restrito à esfera da saúde – é a sociedade inteira que está medicalizada.

Assim, ao ocuparem-se daquilo que antes não lhe dizia respeito, conforme Carvalho et al. (2015), os sujeitos tornam-se parte constituinte do próprio desenvolvimento moderno enunciado pela medicina no século XVIII. Não se trata de “retirar” o poder do médico e conceber ao usuário o pleno “querer” de suas demandas, mas antes um jogo no qual alguns sujeitos podem estabelecer uma relação de poder com maior capacidade de traçar planos nessa rede de verdades e subjetividades que procura determinar condutas.

A complexa questão sobre “o querer do usuário” não pode ser diluída e cingir-se, restringindo-se a exames. Se empregarmos uma visão imaginária utilitarista dos usuários dos serviços de saúde, talvez cheguemos a uma conclusão reducionista a respeito do que ele quer: exames de alta complexidade, ambulância a sua disposição 24 horas por dia, hospital dotado de pronto socorro próximo de sua casa, médico que atenda a sua livre demanda etc. Raciocinemos calmamente: este usuário utilitarista jamais teria suas necessidades atendidas no SUS ou qualquer outro sistema de saúde. Sobretudo, não é deste “tipo” de cuidado que tratamos nesta pesquisa. Por outro lado, esses tipos de demandas de cuidado não seriam produções externas alheias às próprias demandas dos usuários? Ou, mesmo a procura por produtos e bens de consumo de uma verdade preventiva sobre as doenças não é induzida por um

mercado sustentado em uma concepção de problemas de saúde potencialmente fatais?

Cecílio (1997) evidencia duas questões – necessidade e demanda – que podem ser elementos auxiliares na composição da noção de vínculo. A relação necessidade e demanda, contudo, é dialética. Necessidades e demandas são intercambiáveis entre os trabalhadores e os usuários. Em alguns momentos, contraditórias. Conforme o autor, a possibilidade a ser explorada do ponto de vista do modelo – da pirâmide ao círculo – apontando a necessidade do sistema de saúde organizar-se a partir da lógica dos usuários, oferecendo a tecnologia e o espaço na oportunidade adequada para cada usuário. Considera a possibilidade das necessidades e demandas colaborarem na produção de vínculos em outras “portas de entrada” do sistema, como nos hospitais. Indica a possibilidade de “vínculos provisórios” nos quais o atendimento inicial poderia explorar e elucidar problemas. A partir desta noção, o autor considera que seria possível criar o sentido de responsabilidade com o usuário, além da garantia do encaminhamento adequado aos serviços preferenciais de cuidado, posterior às investigações iniciais. Contudo, apesar do tipo de solução não ser nova,

A questão é que, raras vezes, consegue ser implementado com a radicalidade necessária, porque implica, entre outras coisas, uma verdadeira revolução tecnológica nos processos de trabalho nos serviços de urgência, uma “revolução cultural” na cabeça dos técnicos e, outra vez, uma verdadeira revolução tecnológica aliada à construção de uma nova ética de trabalho nas unidades que compõem a rede básica de serviços (CECÍLIO, 1997, p. 476).

No caso apontado, o “pedido de exames” como demanda fornece um meio de medicalizar a relação médico-usuário, na lógica do “prevenir para remediar”, isto é, a estratégia de detecção precoce de patologias pelo arsenal de testes diagnósticos.

O viés do tempo de antecipação da doença e da identificação dos “casos” que nunca se manifestariam clinicamente (sobrediagnóstico) fala de uma intervenção naturalizada e prescritiva, gerando um sobretratamento a partir de um conjunto de ferramentas diagnósticas, amparadas na detecção aprimorada do assintomático, daquilo que pode ser, mas não é. Ao que tudo indica, além da MBE, as “[...] pesquisas

relacionadas ao sobrediagnóstico e sobretratamento dialogam mais diretamente com os ensaios clínicos e os estudos epidemiológicos que buscam medir estes fenômenos” (NORMAN; TESSER, 2015, p. 2), induzindo a uma intensa medicalização dos processos de adoecimento.

Contudo, essa estratégia remete à questão “risco-prevenção-segurança”, impactando na consolidação da produção de vínculo entre médico e usuários na APS, pois o subterfúgio da insígnia “exame” criaria um valor de uso predefinido em um relacionamento convencionado pelo poder aquisitivo de um saber antecipatório. Digamos assim: Se sei, posso ser inclusive a própria doença em si. Sobretudo, ao dizer que posso definir do normal e do patológico do meu ser. Voltaremos a falar sobre a questão do rastreamento e prevenção quaternária em outro momento. Por hora, vejamos outro exemplo sobre a relação saber-poder:

*Ela já sabe tudo. Até pelos remédios que eu tomo.
USU 08*

No discurso do usuário percebe-se a compreensão de que o médico possui um saber sobre o que rodeia a sua vida, concedendo-lhe um lugar onisciente e, de tal modo, um grande poder prescritivo – e, supostamente, de obediência. Se o outro tem um conhecimento infinito sobre todas as coisas, inclusive sobre mim, seriam inquestionáveis suas decisões e direções. Poderia inclusive produzir uma relação condicionada a um sintoma contínuo de passividade e submissão, imposto por uma norma de saber-poder e, ao mesmo tempo, pautado nas transformações biológicas e seus efeitos preexistentes, na constituição do sujeito, garantido por um dispositivo de poder sustentado pela ideia de prevenção.

Uma relação “crônica” e “normativa” atenderia a um vínculo de servidão, no qual o usuário seria incapaz de governar-se, dependente de proteção e segurança do saber médico. O médico ocuparia a condição de livrar dos perigos, incertezas, riscos e danos eventuais, tornando-se a própria evidência ou o agente de evidência, sem deixar margem para dúvidas. Ao governar-se, o usuário assumiria hipoteticamente as condutas de prevenção, a partir da “livre” escolha de suas ações, não mais pautado no poder normativo médico, contudo, afirma Rose (2010), a “liberdade de escolha” está inevitavelmente atravessada pelas formas do governo. Para governar é necessário restringir a liberdade pessoal, de

modo que algumas liberdades são removidas, enquanto outras, aprimoradas.

Quando o médico se torna um técnico, agente de evidências, que se apropria do corpo do outro há uma inevitável apropriação do ser do outro, torna-se o “pastor” que cuida das ovelhas. Em outras palavras, o “poder pastoral”, para Foucault (2006), seria como um modelo de exercício de poder na modernidade. O pastorado é uma representação do poder individualizador. Um processo de individualização e de totalização ao mesmo tempo, na medida em que o pastor de cada um é pastor de todos os cidadãos.

A questão não pode ser posta como um julgamento entre bem e mal (o bom e o mau pastor), mas como a própria relação existente entre seres humanos mais ou menos livres. Foucault (2006) faz alusão à microfísica do poder: o ato de conduzir e dirigir os homens ao longo de toda a sua vida, do nascimento até a morte, com um projeto bem articulado à submissão e à servidão, em nome de um devir inatingível, extraterreno, na condução de uma vida inencontrável.

O médico entrevistado faz alusão ao poder pastoral:

Eu como médico sei como orientar o paciente. Sei prescrever para você, orientar você, mas a parte de fazer, de melhorar, você tem que fazer o que eu estou orientando. MED 04

Orientar e prescrever é uma prática corriqueira na medicina, senão, um “dever-dever”. O poder pastoral, de acordo com Foucault (2006), tem contraste existente entre o pensamento político grego e o pensamento cristão.

Primeiro, o pastor não exerce sobre a terra seu poder, mas sim sobre um rebanho. Segundo, o pastor reúne, guia e conduz o seu rebanho. Terceiro, o papel do pastor é garantir a salvação de seu rebanho. Quarto, o exercício de poder é um “dever”.

Assim, o desenvolvimento da “tecnologia pastoral” transformou o modo de dirigir os homens. A evolução do pastorado como tecnologia de poder pode ser vista através de dois aspectos. Primeiro, pela responsabilidade do destino do rebanho em sua totalidade e por toda ovelha em particular. Segundo, referindo-se ao problema da obediência. No cristianismo, a relação entre o pastor e suas ovelhas torna-se uma relação de dependência individual e completa.

Podemos dizer que o pastorado cristão introduziu um jogo que nem os gregos nem os hebreus haviam imaginado. Estranho jogo cujos elementos são a vida, a morte, a verdade, a obediência, os indivíduos, a identidade; jogo que parece não ter relação alguma com o da cidade que sobrevive através do sacrifício dos seus cidadãos. Combinando estes dois jogos – o jogo da cidade e do cidadão e o jogo do pastor e do rebanho – no que denominamos os Estados modernos, nossas sociedades revelaram-se verdadeiramente demoníacas (FOUCAULT, 2006, p. 40).

Se buscarmos uma ligação entre os temas abordados anteriormente – o caráter ambivalente da relação, a constituição da medicina e da clínica na história, as características do encontro singular, a intervenção do estado e a medicalização da sociedade, tem-se a um só tempo um jogo micropolítico e macropolítico, ou seja, uma configuração que opera na produção de saúde desde o referido encontro entre médico e usuário e da própria condição humana na modernidade (Arendt) afetada por muitas outras dimensões (cultural, histórica, social e entre outras) e perspectivas do intenso processo de interação nas práticas de cuidado.

Ele descobriu minha doença. Não é qualquer um que descobre sem fazer um exame. Mas de cara ele já falou que era para me afastar porque eu estava com tuberculose, e quando veio o resultado deu tuberculose mesmo. USU 09

A “descoberta” da doença, num duplo sentido, assegura uma confiança e um domínio sobre o outro, ou seja, se o médico é capaz de reconhecer algum sintoma manifesto, ainda que sutil ou imperceptível (as doenças invisíveis), concebê-lo com um nome (diagnóstico) ele, torna-se, um depositário do lugar de saber, com respostas e soluções adequadas à situação enfrentada. Portanto, quando ele demonstra capacidade de revelar o desconhecido e remover o que pode ser um problema, o médico toma posse de algo que lhe garante uma função valiosa sobre o usuário. Então, simultaneamente, o notório saber médico funde dois elementos: confiança e domínio. Porém, se corroída por

uma relação autoritária, a potência da segurança revoga a qualidade do processo de cuidado compartilhado da relação médico-usuário.

A lógica da confiança, da credibilidade ético-profissional assume feições marcantes e definitivas na relação médico-paciente. Ainda mais importante é o fato de que o médico não só tem autoridade profissional sobre o paciente, mas, principalmente, exerce um real e forte poder de ação sobre ele, tornando-o um consumidor passivo, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico (MACHADO, 1997, p. 22).

Para reduzir as distâncias entre os saberes e entre os poderes inerentes ao cotidiano dos encontros entre usuários e médicos, tal relação pode se estabelecer de modo artesanal e singular – muito além do corpo biológico adoecido –, com a importância sobre as histórias de vida, desejos e expectativas daqueles que se pronunciam. Trata-se de um exercício de observação com atenção das dessimetrias e das dessemelhanças inerentes no próprio espaço de encontro, pois, muitas vezes, a “consulta médica”, na qual o termo coloca em si um efeito de “consultar”, pedir e solicitar instruções e pareceres (saberes), aponta um sentido de dizer, usar e consumir com autorização (poder) a autoridade médica.

Ela examina e tem médico que não encosta nem a mão na gente. USU 02

O exame clínico envolve o toque físico entre médico e usuário. Extrapolando a tecnologia do cuidado, torna-se uma forma de comunicação e de relação, pois o desenvolvimento de suas etapas (anamnese e exame físico), além das informações sobre o estado geral da saúde dos usuários, confirma, principalmente, uma valiosa oportunidade de “tocar” o outro. Assim, o exame também é uma possibilidade de produção de vínculo, pois além de (re)conhecer, o outro integra o adoecimento na construção do processo de saúde-doença.

Na fala do usuário entrevistado, o contato físico realizado pelo médico (toque) revela o interesse naquilo que o corpo “diz”, sobretudo naquilo que a pessoa fala sobre o que sente em seu corpo. A investigação e a análise do “corpo tocado” revelam uma atitude e um

gesto de disposição para tentar escutar o outro a partir de outros instrumentos. Ao revelar, aparentemente surpresa, a atitude do médico que “encosta”, o usuário deduz: trata-se de um profissional qualificado. A admiração do usuário que “vê” um médico examiná-lo, sem os subterfúgios dos recursos tecnológicos complementares da medicina é, em si, uma evidência de que, num primeiro momento, ele não está habituado a ser examinado (tocado) e, num segundo momento, de que a prática de investigação de sinais e sintomas está deixando de ser uma prática que habitualmente era empregada no atendimento clínico.

A expressão “*tem médico que não encosta nem a mão na gente*”, retrata uma percepção de que alguns médicos têm negligenciado o exame clínico ou têm se submetido à lógica da tecnologia dura para a produção da relação com os usuários. A prática médica intermediada pelos meios tecnológicos armados produz outra forma de relação do médico com o seu trabalho, por vezes capaz de investigar a presença de doenças específicas e pouco prevalentes a serem diagnosticadas e tratadas, porém estabelecendo uma relação inaudível ao usuário, distante e de escassa interação com as pessoas envolvidas. A exemplo do médico capaz de “conversar” com o silêncio das doenças e ser “mudo” com seus pacientes, tem-se o personagem principal da antiga série norte-americana, *House*, cujo título é também o sobrenome do médico infectologista e nefrologista, excelente em diagnósticos diferenciais, um investigador de evidências, próximo do conhecido personagem Sherlock Holmes, mas “longe” de se considerar uma pessoa que cuida.

*Quem sou eu para determinar a vida de alguém?
Eu sou apenas uma orientadora. Procuro
questionar, saber, fazer o que é correto, mas
quem decide primeiramente é o paciente. MED 04*

Todavia, diante de tantas informações e padrões a serem seguidos e requeridos, o questionamento alcançado pelo médico entrevistado salienta uma ponderação importante sobre os limites das intervenções na vida do outro. Antes de interrogar o usuário, o médico examina a si mesmo: “*Quem sou eu para determinar a vida de alguém?*”. O médico problematiza o seu fazer e a sua prática médica, incluindo a noção de que o que faz deve ser autorizado “*primeiramente*” pelo outro.

Primeiro, trata-se de um contraponto ao grau de “verdades-evidências” apresentadas, indicadas e produzidas pela biomedicina. Segundo, a ciência – ainda que todo o cientificismo existente sugira os

benefícios de uma intervenção, mesmo com as incertezas, incoerências e ignorâncias – estanca diante do poder de decisão do usuário. Na coexistência dos distintos poderes, existe todo o saber técnico-científico que justifica, dá sentido e autoriza a intervenção da ciência. Contudo, existe outra faceta desse poder circulante, qual seja, o poder do usuário de submeter ou não, o seu saber e desejo, ao saber e poder anterior. A infinitude de evidências produzidas pelo conhecimento biomédico fará frente às decisões para a “salvação”, propagando uma padronização de interpretações e tratamentos, eliminando, progressivamente, os processos subjacentes desconhecidos do adoecimento, tornando o cuidado um protocolo a ser seguido, sem, necessariamente, escutar a singularidade de cada processo de adoecimento.

Neste montante de “saberes-verdades”, da forma como estamos considerando, a biomedicina, de acordo com Camargo Jr. (2005), remonta à racionalidade da mecânica clássica, propondo-se a: 1) delinear a produção de discursos universais, com modelos e leis de aplicação geral, em caráter generalizante, excluindo os casos individuais; 2) funcionar a partir de uma premissa pautada na soma das partes, pressupondo o isolamento das partes e, mantendo um caráter analítico, e 3) subordinar o princípio da causalidade linear traduzido em mecanismos, configurando um caráter mecanicista.

O que se censura na medicina não é dispor apenas de um saber frágil e frequentemente errôneo. Creio que é, essencialmente, exercer sobre o corpo, sobre o sofrimento do doente, sobre sua vida e sua morte um poder sem limite [...]. O direito à morte é o direito de dizer não ao saber médico, e não a exigência de que o saber médico seja exercido. O alvo é certamente o poder (FOUCAULT, 2004, p. 49).

A medicina, ao desempenhar esse poder ilimitado sobre o sofrimento e o corpo do outro, toma para si o que supõe ser de seu domínio. Entretanto, a prescrição e a “adesão” aos tratamentos recomendados ao “paciente”, ainda assim, pertencem à prática de si, naquilo que se opta por aceitar. Poder-se-ia dizer que os encontros e as decisões são delimitados, conforme definições estabelecidas na relação consigo, considerando-se que a “palavra final” e a matriz da transformação estão no exercício da liberdade de cada indivíduo de

assumir o compromisso do *êthos* do cuidado. O cuidar de si é munir-se simultaneamente de verdades e prescrições, conforme Foucault (2004).

O cuidado de si implica também a relação com um outro, uma vez que, para cuidar bem de si, é preciso ouvir as lições de um mestre. Precisa-se de um guia, de um conselheiro, de um amigo, de alguém que lhe diga a verdade (FOUCAULT, 2004, p. 271).

Ora, nesse sentido, o médico assume esse lugar de “mestre”, “conselheiro” e “amigo” podendo indicar caminhos e lições, porém a noção do cuidado de si apresentada por Foucault refere-se aos gregos, diferentemente da concepção introduzida com o cristianismo, de que cuidar de si é coincide com a busca da salvação.

Essas ‘artes da existência’, essas ‘técnicas de si’ perderam certamente parte de sua importância e de sua autonomia ao serem integradas, com o cristianismo, no exercício de um poder pastoral e, mais tarde, às práticas de tipo educativo, médico ou psicológico (FOUCAULT, 2004, p. 199).

Assim, cada vez mais, parecem-nos desafiantes e necessários os desvios dos automatismos, da permanente ânsia de um futuro diatópico e da ruptura da lógica centrada no procedimento, pois do contrário, como aponta Feuerwerker (2014), estaremos implicados com a reprodução do hegemônico, daquilo que, deixado às normas e ao automático, encaminha para “produção de descuidado”.

Na tentativa de reduzir parte dessa lógica, os médicos brasileiros especialistas em família e comunidade, sob a influência de médicos de família canadenses, prometem um “método” centrado na pessoa, no qual o conteúdo e o processo são valorizados. De acordo com Norman e Tesser (2015), a partir do modelo aprimorado de “Calgary-Cambridge”, dentro dos eixos norteadores do método (coleta de dados e manejo clínico), o médico encoraja e compartilha com o usuário a elaboração de um plano terapêutico. Voltaremos a discutir esse elemento com maior detalhamento oportunamente.

Elá [médica] fala da alimentação com frutas, castanhas, nozes... fruta a cada 3 horas e tal...

nossos pais não tinham esse consentimento e hoje em dia já temos essa visão. Tive numa médica nutricionista que reforçou bastante e estamos sentindo uma boa melhora em cima disso. USU 07

O modo de agir e comunicar pode ampliar o compartilhamento do saber em saúde. A interferência na modificação de hábitos, tais como os alimentares, pode promover alterações importantes na produção de saúde das pessoas. Ao experimentar e identificar “*uma boa melhora*”, a “veracidade” do saber médico se amplifica. A própria análise dos efeitos experimentados pelo usuário influencia o modo de escutar o que o médico fala, inclusive, sobre aquilo que pode vir a falar a partir de outras intervenções. Trata-se de confiar a partir da vivência, ou seja, por meio da experiência narrada pelo indivíduo ao percorrer caminhos para sanar suas mazelas, configurando atitudes de integração (contexto e adaptação), estabelecidas a partir de acordos, combinações e engajamento da relação médico-usuário.

McWhinney e Freeman (2010) sustentam que a medicina de família e comunidade estaria, dentro de todos os campos da medicina, na “proximidade com a realidade da vida humana”. Os autores consideram que: “o poder e a autoridade do agente de cura [...] mobiliza o desejo de a pessoa viver e libera os poderes que a pessoa já tem” (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010, p. 125). O médico seria como um agente de cura para o suporte dos poderes de cura da própria pessoa; por isso, “as medidas gerais e não específicas, como descanso, nutrição e alívio da dor e da ansiedade, têm por objetivo fortalecer os poderes de cura do próprio corpo” (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010, p. 113). Para Canguilhem (2012, p. 166): “curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas”.

O objetivo da medicina da família é esse. Que você seja parte da família do paciente, que conheça seus problemas, seus problemas de saúde e pessoais, porque é a forma de fazer prevenção também. Eu não posso fazer prevenção de uma doença se não conhecer o ambiente familiar desse paciente, então é sempre bom que o médico tenha um limite de respeito entre o paciente e o médico. O paciente precisa sentir que tem confiança, que pode falar que não pode ter vergonha de falar.

Tem que saber que tem respeito, que o que fala comigo e que outras pessoas não vão saber, que a relação com cada paciente é respeitada. O paciente tem que se sentir bem, respeitado. MED 10

Adentrando na casa e nas histórias íntimas das pessoas, o médico de família e comunidade acaba tornando-se cúmplice dos segredos, das enfermidades, dos conflitos e da vida privada da família e da própria comunidade. Assim, poderíamos arriscar considerar a saúde como individual se coletiva, e coletiva se individual. Individual, pois se trata de um sujeito. Coletiva, pois envolve esse sujeito num contexto e história. A presença dos outros garantiria a realidade do mundo e da nossa própria existência, como considera Arendt (2014). Por conseguinte, esse médico “*parte da família*” ajusta-se aos princípios da MFC, levando em consideração a implicação do “relacionamento” com as pessoas, de forma que a MFC deve conhecer as pessoas “antes de saber” dos problemas de sua saúde e “ver o universal no particular”, conforme McWhinney e Freeman (2010). Resta saber qual o grau de dependência que cria, e quais os efeitos nocivos sobre a potência dos indivíduos que ela provoca ou tem potencial para tanto.

Família é a unidade básica da sociedade. Se você, na atenção primária, não trabalha com aquela unidade básica, você não está fazendo medicina familiar, não tem jeito. O primeiro é facilitar mais o contato do médico com a população, mas não no consultório. Você tem que ir a casa, ver o quarto, o chão, ver tudo, senão você não está fazendo... MED 01

A necessidade do contato do MFC com a família e seu espaço de habitação é indispensável para construção de uma análise sobre os fatores que interferem na vida dos componentes de uma família. Sem esse contato, o cuidado pode se restringir. Entre as potencialidades das tecnologias usufruídas pelo MFC está o cuidado domiciliar. Ao mesmo tempo, pode transformar pequenas ou grandes questões passíveis do simples contato direto e servir de vigilância e constatação do modo de viver das pessoas em suas famílias. Eis, então, a razão pela qual a família torna-se peça-chave, tanto para o cuidado em saúde como a medicalização da vida. O médico compreende que sem conhecer esta

realidade não há efetividade do trabalho na APS, pois o espaço para conhecer as pessoas não se restringe ao consultório. A vida em família não se assoalha no domínio do consultório.

As visitas domiciliares aqui estão programadas. Por isso estava falando que o conceito de família tem que ser mais direcionado. Tem que ser mais incisivo com a família mesmo, com tudo, com a casa, com tudo. Eu não sei como está, por exemplo, um paciente que teve uma perda recente e está passando por uma crise de família, em psicologia se chama crise de desmembramento. Eu não sei o que está acontecendo com aquele velhinho que a mulher faleceu. É uma crise! Assim como é uma crise a mulher gestante porque está gerando um novo membro da família. MED 01

Os ciclos de vida familiar (ex.: procriação, casamento e morte) e suas crises relacionadas a esses ciclos podem representar mudanças no processo saúde-doença. Às vezes, as crises são perceptíveis por meio dos indicadores matemáticos (nascido-vivo, óbito etc.); contudo, para alguns fatos não há notificação capaz de evidenciar a profunda e diferente “estética da existência” no âmbito da coletividade. Estas crises decorrem do próprio processo de desenvolvimento e adoecimento. Alguns destes momentos de transformação, se não acompanhados e apoiados, podem ocasionar danos. Não se trata da necessidade de complexas intervenções. O contato sistemático e contínuo criaria um cenário favorável para escuta e manifestação das apreensões e medos vivenciados. A perda e/ou o nascimento de uma pessoa na família, foram exemplos citados pelo entrevistado, como fatores que desarticulam o *modus operandi* do núcleo familiar. Quantas famílias passam todos os dias por perdas e nascimentos? Essa desacomodação, se interpretada somente como uma infeliz normalidade, perde o potencial do cuidado em saúde. Estes episódios de crise não representam os mesmos “perigos” que outras formas de contágio, tal como ocorre com a tuberculose e a busca ativa do indivíduo multiplicador da ameaça? Na prática, o risco de uma crise é pronunciado inferior ao risco de um perigo.

O médico tem que falar muito, tem que gostar de falar, de ganhar a confiança da pessoa, de escutar o que o paciente fala, de gostar de ajudar, ser humano. Essa é a palavra. Se você tem uma personalidade que não é assim, que não gosta de conversar, de ajudar... Tem que gostar de ser médico. É difícil e tem que gostar. Se você tem problemas pessoais, em casa, tem que ficar lá. Não pode chegar aqui no trabalho. MED 11

A partir do contato com os problemas de outra pessoa – inclusive dentro do seu íntimo espaço de vivência –, o trabalho do médico torna-se uma tecnologia discursiva, uma atividade humana “*difícil*” que exige (“*tem que*”) “*gostar*” de “*falar*”, “*escutar*”, “*ajudar*”, “*conversar*” e de “*ser*”. Contudo, se consideramos que não seria o médico o produtor de saúde, nem mesmo o fabricante de um produto durável, mas um “*agente*” implicado com um pensar, produzir e agir em saúde.

Arendt (2005) sustenta que a ação e a fala são elementos relacionados ao fato de que viver diz respeito a viver entre os homens e “*sem a fala, a ação perde o ator*” (ARENDR, 2005, p. 191). Por isto, na prática médica, é extremamente necessário “*falar*”, pois o falar pode orientar determinados caminhos e efeitos.

Ainda neste contexto, também se percebe que os “*problemas pessoais*” devem ficar permanecer distantes do contato com os usuários, primando-se pela tradicional posição de neutralidade do profissional.

Às vezes, querem algo que não pode ser feito e você tem que falar não, com carinho. Eles têm que aprender a respeitar você sem ficarem incomodados. MED 10

A relação médico-usuário é limitada por um conjunto de aspectos universais e particulares. O “*falar não*” (1) pode indicar as reservas, restrições e incoerências do acordo firmado, (2) pode romper com a lógica do acolhimento sem risco, ou seja, intervir para proteger quem está sob seu cuidado, (3) pode examinar os vínculos estabelecidos na relação, analisando a capacidade de suportar o “*não*” e a capacidade de sustentar o cuidado.

Cuidar não é dar tudo a todo tempo, do contrário, torna-se uma prática assistencialista alienada. Se produzido o vínculo na relação médico-usuário, o “*não*” é mais do que recusa e negação, expõe a

enfática proposição de alerta sobre o excesso. Também diz da necessidade dos usuários terem que “*aprender a respeitar*”, a plena afirmação de um poder. O vínculo, portanto, está atrelado ao poder.

Assim como há limites e combinações do âmbito da micropolítica, concomitantemente há limitação no âmbito macropolítico. Por exemplo, o médico que atuará na APS, dentro da ESF, antes de conhecer o território em que irá desenvolver suas atividades, já tem contratos predefinidos, pois está inserido em uma política pública de saúde. Espera-se dele determinados atributos e a população de uma determinada região, pois dependendo de suas experiências com outros trabalhadores médicos, cria expectativas sobre a sua atuação, assim como desenvolve algumas permissibilidades em relação a ele.

6.2 Produção de vínculos e seus sentidos: uma teoria do encontro

*Essa minha segura
essa falta de sentimento
não tem ninguém que segure,
vem de dentro.
Vem da zona escura
onde vem o que sinto.
Sinto muito,
sentir é muito lento.
Paulo Leminski*

Ao longo deste estudo, trouxemos a definição da concepção de produção de vínculo como parte de uma tecnologia do cuidado entre dois sujeitos e seus coletivos, re combinado por uma rede de vínculos.

O vínculo não é somente um fenômeno da ordem da relação individual, como afirmamos em outros momentos. É, a um só tempo, produção entre sujeitos e entre estes mesmos sujeitos e os universos a eles afeitos. Uma produção de vínculo estabelecida na atitude, mesmo nas diferenças entre si, de traduzir e remontar, a partir da troca de experiências, um *êthos* do cuidado. Diante disso, aqui trabalhamos com elementos desta concepção para qualificar o vínculo entre médico cubano e usuário no SUS.

O vínculo poderia preceder a uma prática baseada em evidências objetivas proposta pela biomedicina? Seria a possibilidade de pensar numa prática para além dos princípios mandatórios ou normativos

(in)contestáveis da biomedicina? Ou um “enigma” no processo de produção de saúde a ser desvendado como atitude que reconhece e valida a intersubjetividade por todos e cada um dos envolvidos nesta prática? Tratar-se-ia de uma instigante tentativa de atenuar as relações desiguais preexistentes entre médico e usuário?

Ao considerar o vínculo como um arranjo de relações individuais e coletivas, com normas e códigos de acordo com a realidade social e contextual onde ele se insere, simultaneamente, compreende-se como contrarcorrente a uma noção do “autocuidado” moderno que estabelece o dever particular de cuidar e fazer por si próprio o impossível para, o que Gervas e Fernández (2016) chamam atenção, interesses dos indivíduos e populações que ambicionam a “eterna juventude”, a rejeição do “envelhecimento” e da “morte”. Assim, a produção de vínculo não rejeita os inconvenientes da vida diária, não nega a relação de poder, de saber e da ética que sustentam a origem das ideias, dos valores e das crenças da troca estabelecida entre médico e usuário. Por quê? Por conta de sua materialidade.

Ao investigarmos os sentidos da produção de vínculo na prática da relação médico-usuário, consideramos dois tipos implícitos que merecem destaque:

1) o *vínculo normativo*, no qual se torna visível a posição do usuário que deposita a responsabilidade no médico, pois ele saberia o que tem ou pode vir a ter (doenças), de tal modo, que somente o médico poderia resolver os problemas enfrentados. Trata-se de um vínculo alicerçado no uso e consumo do que sabe e pode o médico, tornando-se o vigilante e o protetor da saúde do usuário, valendo-se de técnicas individualizantes do poder pastoral. Um processo imanente e retroalimentado entre as duas partes;

2) o *vínculo solidário*, no qual o contato e o intercâmbio estabelecido na produção de ações comuns respeitam a singularidade e a subjetividade de cada sujeito envolvido em um contexto. Desse modo, é um vínculo compartilhado, de corresponsabilidade, sem um modelo universal, no qual existe espaço para expressão e participação de princípios, sem qualquer aceitação passiva de interesses individuais.

Enquanto no primeiro tipo se transmite ao outro toda a responsabilidade de encontrar uma resposta, seja ela qual for, no segundo há uma proposta conjunta de construir soluções com negociação das possibilidades, limitações e mecanismos de proteção acessíveis e disponíveis. Neste sentido, o vínculo não compartilhado afasta aquilo que indica os riscos do governo de si. O vínculo

compartilhado permite colocar-se em risco, apostando que a relação possa alterar o modo do cuidado de si mesmo.

A primeira pergunta quando o paciente chega é saber o que ele está sentindo. Depois pergunto há quanto tempo, o que ele faz, desde quando para começar um diálogo. São formas de comunicação. Não quero apenas saber o que ele sente e quero medicar. Quero conhecê-lo. MED 12

Um dos sentidos de vínculo encontra-se na possibilidade e na abertura da experiência em conhecer (saber) e sustentar semelhanças e diferenças na relação de si e com o outro. Em essência: “querer conhecer”. De tal modo, o vínculo se torna uma peça importante na caixa de ferramentas da relação médico-usuário, pois diz de um “saber-conhecer”, saber quem é o outro, como ele vive, o que ele pensa o que ele deseja, quais as suas necessidades e sua organização para as questões cotidianas.

Outro sentido de vínculo representado em “saber-conhecer” é o que indica um poder e permite acessos às fragilidades, agonias, angústias bem como as potencialidades no cuidado em saúde.

A noção poder-saber também coloca em diálogo sujeito-verdade, pois se torna impossível cuidar de si sem conhecer a si, como destaca Foucault (2004). Na situação clínica, o conluio entre médico e usuário ora desperta “aliados”, “correspondentes” e “defensores”, ora instiga “inimigos”, “vigilantes” e “controladores”. A tênue linha da relação estará sempre em constante tensão, pois mantém um metabolismo elástico de movimento no cuidado.

O itinerário do vínculo saber-poder, na maioria das vezes, está atrelado a uma situação-problema, ou alguma preocupação consigo e/ou familiares, resultado da atenção à “anormalidade” de algum tipo de funcionamento do corpo. O resultado é a procura por atendimento médico.

O usuário passa a ser interrogado pelo médico sobre aquilo que “*está sentido*” (o que) e “*há quanto tempo*” (quando). O médico organiza e traduz o dialeto do outro em uma interpretação do que está acontecendo, nomeando os sintomas e o seu sistema de informações subjetivas verbalizadas pelo usuário em linguagem passível de identificação de sinais objetivos, qual seja: a linguagem médica.

Há transformação da história pessoal numa plataforma da história clínica, uma investigação que permite o câmbio de um saber inespecífico em direção à precisão diagnóstica e, por fim, o próprio poder de atribuir um nome, antes inexistente, do que é aquilo que o usuário sente.

Ela [médica] se interessa muito em saber como está minha saúde. Por exemplo: Eu tenho um problema de impotência sexual e ela me esclarece tudo, conforme tem que se explicar e com a maior paciência possível. USU 11

O usuário revela surpresa ao identificar que há um interlocutor interessado na sua história de vida, e que ainda é capaz de falar sobre assuntos íntimos, por vezes desconfortáveis.

O interesse no outro (“*ela se interessa muito em saber*”) pode produzir a possibilidade de conceber outras questões na relação e formas de uma ética do cuidado de si, além de abrir um caminho para o diálogo. Por outro lado, o “interesse de saber” também pode revelar o dever implícito da atenção médica desempenhar as competências de sua função sanitária.

Nesse sentido, parece-nos que a produção de vínculo se torna fundamental, tanto para questionar o próprio cuidado de si quanto às relações entre sujeitos e as relações de poder.

Eles expressam suas preocupações depois de dois ou três contatos com o médico, não é de primeira que eles chegam e falam o que está acontecendo com eles, sempre deixam reservas das coisas que estão acontecendo em suas vidas. MED 01

A acessibilidade, primeiro contato e a própria longitudinalidade do cuidado em saúde são estabelecidos como elementos estruturais e processuais na modificação da relação médico-usuário, podendo inclusive favorecer a produção de vínculos. “*Eles expressam suas preocupações depois de dois ou três contatos*”. Ela aponta a necessidade de poder falar para além de um único contato, como se progressivamente pudesse ir revelando quem é aquele que se expressa, o que pensa o que pode etc. O tempo é um elemento fundamental para esse “revelar-se”. Os encontros e contatos produzem o andamento do

processo da relação entre médico e usuário. Mas, ainda assim, existem algumas restrições, e por isso “*sempre deixam reservas*”, o que pode ter duplo propósito: 1) guardar-se para preservar-se, e 2) guardar-se para manter o contato. No primeiro caso, analisamos as respostas do entrevistado:

Entrevistador: E, você consegue contar para ele [médico] teus problemas e preocupações?

Entrevistado: Não. Sabe que eu nunca falei com ele? E eu precisava conversar.

Entrevistador: E por que não fala?

Entrevistado: Porque para tudo eles afastam do serviço, depressão. Se eu for conversar com ele o que eu tenho para conversar, vão colocar depressão.

Entrevistador: Mas, tu achas que ele daria esse diagnóstico?

Entrevistado: Sim, pelos meus sintomas.

Entrevistador: Mas, mesmo ele?

Entrevistado: Mesmo ele. São os sintomas. Vai para a outra pergunta. USU 09

Inicialmente, parece-nos que a relação usuário-médico está cerceada por um diálogo entre um problema localizável, sintomático e que se traduz numa doença. Quando o usuário é indagado sobre a possibilidade de falar de forma ampla sobre seus anseios, demonstra recear em relação aos possíveis efeitos (poder) daquilo que venha a expor. A apreensão de que “*se eu for conversar com ele o que eu tenho para conversar*” pode revelar mais do que seja necessário para não ser controlado ou mesmo interdito, pois “*eles afastam do serviço*”. Se falar sobre o que sente, provavelmente, poderá ser rotulado com um diagnóstico (“*vão colocar depressão*”) e, conseqüentemente, ocasionar o afastamento do trabalho.

O trabalho para o usuário não tem espaço para o sujeito que sofre, ao contrário. Divulgar os sintomas ao médico equivaleria a dizer que não estaria apto para trabalhar. Destarte, anunciar o que sente seria arriscado, pois independente do vínculo com seu médico (“*mesmo ele*”), a indicação de seus sintomas lhe conferiria inaptidão ao trabalho. Assim sendo, o usuário prefere manter determinados assuntos afastados do diálogo com o médico. E, convicto, parece determinar que o pesquisador não insista no tema. Por isso, solicita sair deste interrogatório (“*vai para*

a outra pergunta”). Essa expressão traduz um dos elementos do jogo do poder-saber. Exatamente o que qualifica esse jogo como sendo do poder que circula. Nestes episódios, o poder médico e do técnico – entrevistador – estanca. No caso do médico, há recusa à prescrição do afastamento do trabalho. E no caso do pesquisador, qual é a recusa?

Uma paciente, após uma consulta, me falou que ela estava muito nervosa na sala de espera porque falaram para ela que era uma consulta com uma médica cubana e ela estava preocupada somente em como é que eu era. Ela não falou para ninguém, mas ela falou que conversava com ela mesma. Como seria ter uma consulta com uma médica cubana? Como que eu a entenderia? E como ela vai falar? E se eu não entender nada? E só pensava nisso. Durante toda a consulta ela ficava me olhando parecendo buscar esse vínculo afetivo. Então eu olhei para ela e falei assim: se você não entende o que estou falando, você não tenha vergonha de perguntar. Você pergunte que eu vou procurar outra forma de explicar para você. E ela ficou mais tranquila e conseguimos melhorar a consulta. E quando terminamos ela falou: Doutora precisava falar para a Senhora que eu estava muito nervosa na sala porque achei que não ia conseguir lhe entender em nada, o que você ia falar porque é uma médica cubana, mas achei muito legal. Entendi tudo o que você me falou, posso consultar novamente com você? Eu disse que sim. E, ela perguntou se podia consultar a família comigo e eu respondi que não havia problemas. MED 04

O trecho acima retrata um episódio de produção de vínculo cujo gatilho pode parecer estar no médico. Contudo, quem desencadeou o processo pode ter sido o usuário com seu olhar. Em alguns momentos, a identificação entre os indivíduos emerge e dispara a produção de vínculos.

Apesar das preocupações e receios, de acordo com o médico, o usuário assume a incerteza da compreensão. A situação relatada demonstra a dimensão do “desconhecido” e as expectativas geradas no usuário antes da consulta com o médico estrangeiro.

“*Como seria ter uma consulta com uma médica cubana?*”, eis a indagação do usuário.

Na consulta em questão, talvez entre temores, a questão relacionada à língua espanhola levou à percepção de que algo era “diferente” (“*ela ficava me olhando parecendo buscar esse vínculo afetivo*”), conferindo a necessidade de (re)olhar para remover as distâncias entre médico e usuário, proporcionando a chance de perguntar com franqueza.

A perspectiva do “retorno” é corriqueira na prática médica e a finalidade, geralmente, é analisar quais foram os efeitos da intervenção proposta. Contudo, no relato acima, a indagação do usuário parece ir além do seu “retorno”, pois externalizou o desejo de que sua família pudesse acessar o médico. Num primeiro momento, a língua estrangeira afastou, para, num segundo momento, colocar em questão uma escuta estrangeira que aproximou. Regressar para ser olhada e escutada na produção de vínculo, como uma atitude de remontar um *êthos* do cuidado em saúde. Sugere mais um começo do que um retorno. O vínculo criado a partir do reconhecimento da queda da expectativa negativa cria condições de iniciar uma relação cujo vínculo começa a ser produzido. Vínculo este que pode e se torna desejo do entrevistado, extensível aos seus familiares.

Eu tenho uma paciente que eu gosto muito, ela vende ‘Trimania’ [espécie de loteria] lá na praça. Eu encontrei com ela e estava deitada, dormindo na praça com todas aquelas ‘Trimanias’ e eu falei: Ana, você estava dormindo na praça e ela deu risada e disse: Eu não acredito que você me encontrou. Aí conversamos sobre sua necessidade e ela explicou que tem que trabalhar porque os netos dependem dela. Ela explicou que precisa trabalhar e que se preocupa muito com os netos porque precisa alimentá-los. A consulta sai do seu conceito de saúde e muda para seu conceito pessoal e familiar. Por isso, eu acho que eles compartilham porque estão aguardando uma resposta. Muitas vezes eu não tenho a solução, mas acho que eles encontram uma válvula de escape falando comigo. MED 01

O entrevistado pondera: “*a consulta sai do seu conceito de saúde e muda para seu conceito pessoal e familiar*”. Além de extrapolar o espaço físico (consultório), o cuidado transcende, no primeiro momento, uma noção entre “saúde” e “pessoa-família”. A discrição inseparável entre o modo como o homem vive e se organiza em sociedade influencia no processo saúde-doença. Ao ampliar-se, a clínica do cuidado opera na cidade e, nos espaços de encontro, como nos indicou o entrevistado: “*Eu encontrei com ela e estava deitada, dormindo na praça*”.

Na produção de vínculo, a relação entre médico e usuário pode extrapolar o consultório. O espaço de convivência acaba ocupando outro formato na medida em que se estabelece a segurança e a perspectiva da construção de cuidado compartilhado de si. A possibilidade de se manifestar e estabelecer outro modo de pensar a prática do cuidado de si ampliou os recursos e saídas dos problemas enfrentados. Conforme o médico: “*eu acho que eles compartilham porque estão aguardando uma resposta*”. Ao coletivizar, além do próprio exercício em si de falar e tentar organizar a própria compreensão daquilo que é dito, se meu interlocutor for alguém em quem confio, posso permitir seu acesso aos aspectos subjetivos da própria concepção da vida. Ao falar, ideias se comunicam e se deslocam, tornando-se menos abstratas, mesmo que no primeiro momento a conclusão, ou melhor, o desfecho positivo não se apresente. “*Muitas vezes eu não tenho a solução...*”.

Nas sucessivas exposições, contatos e trocas entre médico e usuário, a profundidade da relação autoriza um “jogo da verdade”, como enuncia Foucault (2010a), porém,

O dever de enunciar a verdade, de falar, de procurar certa inteligibilidade parece ser prioridade dos que estão em posição de debilidade: os atuais ou virtuais doentes. No entanto, o dever de enunciar a ‘verdade’, de falar, de argumentar e tentar tornar inteligível o que acontece parece não ser uma das obrigações fundamentais dos que detêm o ‘saber científico’ (CAPONI, 2000, p. 50).

Seja na consulta propriamente dita, ou em qualquer outro lugar, o encontro entre os dois indivíduos (médico e usuário) pode lembrar o necessário enfrentamento da análise do cuidado de si, não no sentido cartesiano, “conhece-te”, mas no sentido que recupera a concepção de

governo de si. Nestes encontros, às vezes ao acaso, como ilustra o médico entrevistado, evidencia-se um sinal para ratificar (“*eles compartilham*”) a história do outro e do próprio acesso ao indivíduo a partir do gesto simples de aproximar-se. De acordo com o entrevistado, o vínculo produzido na relação possibilita o diálogo, ainda que não se defina uma obrigação de resultado, e tão somente o uso da prudência e diligência, o que torna o falar de si como uma “*válvula de escape*”. Trata-se da capacidade de escutar a verdade do outro e permanecer ao lado, sem reduzir e transfigurar esse indivíduo em um objeto. Na perspectiva foucaultiana, uma prática de liberdade para dar formas à subjetividade.

Ao mesmo tempo, a relação entre usuário e médico pode esbarrar numa dimensão idealizada.

Entrevistado: Gosto muito dela. É muito boazinha, atenciosa.

Entrevistador: Atenciosa! Como você percebe que ela é atenciosa?

Entrevistado: Não sei! Só no olhar e no falar com a gente. Dá bastante atenção. USU 08

Aqui também pode existir o sentido da necessidade do usuário sentir-se cuidado por alguém que tem disponibilidade para cuidar de si, transferindo segurança. Para o usuário trata-se de um médico “*bom*” – “*É muito boazinha, atenciosa*” – como se estivesse desempenhando sua função, pois é uma pessoa “*boa*”. A narrativa contém uma proposição na lógica da compaixão. Um dos perigos desta compaixão é a tecnologia de poder como desdobramento para a coerção e submissão (CAPONI, 2000). Entretanto, o usuário sinaliza que o médico olha e fala, portanto, lhe oferece atenção. Somente em certos casos, afirma Caponi (2000), pela proximidade e identificação com a outra pessoa infelizmente, é possível gerar vínculos positivos e eticamente legítimos. O momento em que se reconhece no outro um sofrimento semelhante, no qual é possível argumentar e discordar, estabelecer perguntas e respostas, pode conceber um auxílio e suporte sobre um modo legítimo de solidariedade.

Eu acho que o vínculo médico/paciente é a forma que o médico se relaciona com o paciente. A forma de acordo é o fato do tratamento. Porque se o vínculo for um acordo, então eu acho que não existiria relacionamento. Você pode acordar

com o paciente o tratamento, mas o vínculo médico/paciente é a relação que existe entre um médico e um paciente. MED 04

A relação médico-usuário é dotada de acordos tácitos, como apontamos anteriormente, porém nem sempre eles são determinantes para a produção de vínculo. Conforme refere o entrevistado, os acordos podem ser parte de um tratamento. Entretanto, relação é mais do que acordos. A própria relação tradicional “médico-paciente” define comportamentos e posições pré-definidas, especialmente aquelas direcionadas pela relação de poder.

Se o vínculo “*é a forma*”, como aponta o entrevistado, trata-se de uma tecnologia. Não uma tecnologia a serviço do método cartesiano – o somatório de operações preestabelecidas que garantiria o conhecimento “final” – mas sim um método subvertido, isto é, o “*hodós*” – o caminho –, revelando um objetivo a se alcançar (meta); aquilo que vem em seguida. A “forma” é precisamente tudo aquilo que não é idêntico a si, tomando emprestada a noção foucaultiana “É uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma” (FOUCAULT, 2004, p. 275). Foucault, ao problematizar a questão do sujeito, considerando a abordagem histórica da subjetividade, tem uma clara oposição à tradição cartesiana, negando a noção de que o sujeito “não é uma substância”. “Com efeito, o problema do sujeito é, para Foucault, o problema da história da forma-sujeito” (CASTRO, 2009, p. 407).

Se vinculam porque buscam a semelhança entre uma pessoa e outra. MED 07

A “*semelhança*” também pode fornecer dois sentidos: como aquele que é semelhante a mim e como o “padrão” entre outros. O processo de identificação, com base em suposições e interpretações, desperta o desejo de compreender o outro, a partir do lugar por ele ocupado. Ainda que seja impossível sentir e ver o que o outro sente ou vê, o exercício de encontrar um sentido permite o acesso às condições existentes ou imaginadas pelo outro.

Exemplificando, no filme *Náufrago*, o protagonista sofre um acidente aéreo e acaba em uma ilha deserta. Ao longo do tempo de sua permanência na ilha, desenvolve um diálogo com um objeto, num primeiro momento, inanimado. Porém, o objeto – uma bola de vôlei – passa a ganhar importância em sua vida, tornando-se sua companhia,

adquirindo, inclusive, um nome: Wilson. Seu amigo imaginário “escuta” e “fala”, isto é, adquire atributos dos seres humanos, em diálogos sem nenhuma resposta audível. A necessidade de comunicação e socialização induz os sujeitos ao convívio com outros, por isso, a companhia e a troca de palavras com outras pessoas é inerente à condição humana.

Deve-se considerar o “desejo de vínculo” como um movimento em direção ao outro, na tentativa de se alongar, se espichar e se transpor/transgredir para acessá-lo. Trata-se, portanto, de um desejo não normatizador, em oposição ao personagem da mitologia grega: Procusto. O mito de Procusto versa sobre o “acolhimento” do personagem em relação às pessoas que ele capturava nos arredores da floresta onde morava. Em sua casa, todos os seus “convidados” deitavam-se em seu leito (uma cama de ferro com seu exato tamanho). Contudo, se caso seu hóspede fosse demasiado alto, era amputado o excesso de comprimento para ajustá-lo à cama, se caso fosse de pequena estatura, era esticado até atingir o comprimento suficiente. Então, o vínculo representa um abrigo com suas regras e intolerâncias às diferenças entre os seres humanos. A alusão simbólica ao mito de Procusto convencionou a necessidade e o alerta para não se “enquadrar” o outro no contexto de determinados objetos e objetivos.

Uma paciente jovem, com dois filhos, que se sentia exilada da família. Ela abandonou um filho com o ex-marido e veio morar aqui com outro homem. Esse problema começou a causar lesões na pele dela, dermatites. Encaminhei para um dermatologista, mas o tratamento que ele sugeriu não fez efeito e as lesões aumentaram muito. Ela não queria mais ver ninguém porque a vaidade foi diminuindo. Até que ela ficou grávida e eu era a única a pessoa a vê-la. O pré-natal foi todo comigo. E fui tratando dela. Até hoje ela vem aqui me ver e traz o filho. Hoje ela é uma pessoa diferente. A psoríase está ligada ao emocional. Ela melhorou por completo. MED 08

As histórias familiares com seus dramas e tramas são parte da atenção à saúde e relacionadas ao cuidado. Contudo, deve-se atentar para o fato de que a própria família é um agente de medicalização, conforme Foucault (2009), pelo menos a partir do século XVIII.

Inclusive, pode-se colocar em análise a própria associação entre medicina e família na sociedade moderna com o advento da especialidade médica voltada especialmente para a “família” e a “comunidade”. Conforme vimos em outros momentos, a ênfase da MFC parece estar mais voltada ao julgo da família do que da comunidade, talvez por que retome a noção implícita de medicalização e organize-se na sutileza de outras estratégias de poder.

Se a relação da pessoa com sua família for colocada em segundo plano, possivelmente as conexões se restrinjam e, simultaneamente, as estratégias de cuidado se limitem. Ao mesmo tempo em que as lacunas da “vida privada” podem ser pistas no reconhecimento de quem é o indivíduo que fala, também podem se tornar a medicalização da produção de vínculo na relação médico-usuário, se considerados os benefícios, os riscos e os danos de “vasculhar” e intervir em excesso nesses espaços ainda lacunares.

Se as lacunas persistirem, só será possível dialogar com parte do discurso daquele que diz implicitamente os limites do que quer revelar, e, do contrário, ultrapassar esses limites pode extraviar o cuidado, produzindo uma expropriação do outro.

A pele, por exemplo, é uma camada sensível dos limites do corpo, capta as alterações mais sutis e abruptas, permite ser habitada na superfície e na profundidade, capta estímulos dolorosos e táteis, e, ainda, silencia sensações e emoções. A pele, maior órgão do corpo humano, separa o dentro do fora e, curiosamente, tem a mesma origem embrionária do sistema nervoso – aparentemente, dois estranhos que possuem o “sensível” em comum. Algumas doenças de pele têm seu substrato nos conflitos emocionais. O adoecimento tem formas distintas de “falar”. Os sinais e sintomas são algumas destas comunicações.

Não querer ver mais ninguém para não mostrar-se pode ser também uma forma de defesa e preservação de si diante da desconhecida opinião do outro ou de um coletivo. Um cuidado de si em fazer-se invisível aos outros, em restringir a própria liberdade e agredir aquilo que é seu. Nas doenças autoimunes o corpo se estranha, ataca a si mesmo, numa curiosa defesa de si, pelo apagamento.

O primeiro plano de intervenção, de certa forma, relativo a algo, aquilo que salta aos olhos e à própria pele, promove as circunstâncias para a produção de vínculos, sem deixar de considerar que o mesmo olhar pode libertar e também aprisionar.

Ao olhar o outro com suas “desordens”, explorando esse organismo como condições provisórias de um estar em funcionamento,

pode-se constituir um modo de agir traduzido no ato de estar “com” o outro, na busca daquilo que ainda pode ser uma racionalidade do imprevisível. Se o olhar médico está centrado no outro através de sua doença e somente na perspectiva da construção de um diagnóstico, como nos indicam Canguilhem (2012) e Foucault (2015), pode-se ocultar o sujeito doente, sem a possibilidade de alterar a própria condição de estar doente.

O instante da procura para poder “falar/mostrar” ao outro as angústias, fantasias e medos do próprio corpo é também um modo de subjetivação e da própria experiência em si de prática de liberdade, sustentada nas diferentes interferências na vida e, subsequentemente, de produção de vínculo em saúde. Por isso, o trabalho em saúde, desvendado na relação médico e usuário, desencadeia uma intervenção baseada na “premissa” e na “promessa” formal e informal de acesso ao cuidado e, supostamente, do “produto” saúde. A alusão afirmativa de uma intervenção será feita em algum momento, ao longo do tempo de contato, ainda que no processo de produção de saúde a “alteração” e “alienação” das necessidades, demandas e desejos se modifiquem tanto quanto os componentes das realidades sociais, econômicas, culturais e políticas. Por conseguinte, os entraves podem localizar soluções e vice-versa.

Na passagem relatada pelo médico há um pedido/encaminhamento para outro especialista (dermatologia) como uma tentativa de ampliar a visão sobre a “*lesão*” do usuário. Essa solicitação abre outros caminhos do cuidado, inclusive com o risco de aumentar o próprio problema inicial, conforme considera o médico.

Em algumas circunstâncias, “a outra demanda” – no caso relatado pelo médico, a gestação – pode aproximar o usuário do serviço e do médico, sobretudo no próprio encontro com os problemas e soluções por outra via. A abertura para o cuidado de si, no primeiro momento, identificado pela expropriação do olhar de si, pode reaproximar outro modo de agir a partir do olhar para o outro (o bebê), permitindo, em parte, ocupar-se consigo mesmo. No segundo momento, um cuidado aceito no inevitável contato com o outro, borrando os significados predefinidos para ocupar-se do lugar de quem cuida, sem negligenciar a si, investindo-se do lugar de mãe.

O encontro entre médicos cubanos e usuários do SUS tem especificidades definidas a partir da própria lógica de inserção do profissional. Não se deve deixar de lado o fato da abrangência das intervenções dos médicos cubanos estar diretamente associada ao

modelo vigente de atenção à saúde adotada no SUS a partir da ESF. Os itinerários de cuidado e de produção de vínculos têm, portanto, a influência dos arranjos da própria política de saúde brasileira, especialmente, no caso da PNAB, assim como o processo de trabalho junto às equipes de atenção básica e a articulação de trabalho em rede também apresentam efeitos nas relações entre ambos os atores.

Duas narrativas de diferentes médicos entrevistados expressam, de maneira sucinta, as características advindas com processo de trabalho na APS.

Eu sou o primeiro contato que o paciente tem com o sistema de saúde. MED 04

A atenção básica é vínculo, é interagir com eles, essa é a palavra. MED 06

A APS é um campo de vínculos, além da potência da inserção nas comunidades e próxima às casas das famílias. Permite o acesso e o processo de produção de cuidado em saúde, criando condições para o desenvolvimento da interação entre médico e usuário. A ESF, ao ambicionar o contato da população com os serviços de saúde, sobretudo da equipe de saúde com os usuários de um determinado território adscrito, assinala um modo de operar pautado na coordenação e longitudinalidade do cuidado. A interação, o contato e as ações (sejam espontâneas ou programadas) ampliam a dimensão do cuidado, o que oportuniza a noção de vínculo como *êthos* do cuidado. A aposta, portanto, está em vínculos mais solidários e menos normativos.

Pode se ter um vínculo com uma pessoa que precisa de atendimento espontâneo. Eu não sei o conceito da palavra vínculo, mas pode-se criar de uma maneira espontânea porque nada mais é que interagir com uma pessoa, é criar um vínculo. MED 06

O vínculo a partir de um contato espontâneo seria uma produção sem ensaios, ou seja, uma expressão sincera e irreversível da comum ação entre dois indivíduos, a um só tempo, um processo e uma ação de encontro. Trata-se de “*criar de uma maneira espontânea*” um encontro subjetivo inerente à própria produção de verdade e o governo de si e dos outros. A procura espontânea por atendimento seria uma representação

do acolhimento daquilo que os usuários buscam nos serviços de saúde, geralmente, cuidados médicos. A demanda se reflete como uma tradução dos elementos concretos e desafiante da vida, muitas vezes, da complexa situação vivenciada (condições de moradia precária, renda familiar e trabalho com jornadas prolongadas entre outros) pelos usuários. De outro modo, o vínculo está presente no singular encontro singular. A própria “criação” da interação médico e usuário, conforme refere o médico: “*pode-se criar de uma maneira espontânea porque nada mais é que interagir com uma pessoa*”.

Entretanto, nem sempre a interação se traduz em vínculo. Se considerarmos a produção de vínculo atrelada ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, muitas vezes teremos a constatação do domínio da instituição com sua lógica de organização do processo de trabalho dos profissionais, e noutras situações médicos com a supremacia do acesso e atuando dentro do modelo “queixa-conduta”.

Nesse sentido, “*criar um vínculo*” nos leva a crer que não se trata de uma criação sem antes um acesso. Do contrário, uma noção de vínculo recoberto por discursos e saberes predefinidos na garantia e na manutenção do governo do outro, ainda que sutil e “leve”.

Conforme Feuerwerker (2014), deve-se considerar que nem sempre nestes serviços de saúde as práticas dos trabalhadores envolvidos com os cuidados primários à população são do desejável reconhecimento da ampliação da autonomia do usuário. Seria possível produzir vínculos excedendo os impregnados sentidos “positivos” e “benéficos”, operacionalizando um vínculo “negativo” e “danoso”? Se os vínculos não são neutros, nem mesmo imparciais, consideramos o vínculo com duas facetas ao se produzir nas relações entre médicos e usuários: de sujeição, envolvendo determinadas obrigações subentendidas, e de autonomia, envolvendo particularidades com a liberdade de palavra (*parresía*).

No exemplo a seguir, nota-se o médico expressar seu sentimento de desapontamento consequente da negação do usuário em atender às suas prescrições, e retrata a dimensão de dominação da relação de um sobre o outro:

Fico muito triste quando o paciente não faz o que tem que fazer. MED 04

Ora, se o vínculo “beneficiária” o cuidado do outro, porque a concepção do médico se inscreve na perspectiva de que o usuário deveria obedecer ao que diz e aceitar “*o que tem que fazer*”?

Ao mesmo tempo, em outra dimensão, o médico se questiona sobre a abrangência e o alcance de suas intervenções em uma população com um número elevado de pessoas. Parece compreender a noção de vínculo como um singular encontro, portanto, difícil de (re)produzir em larga escala, sem a possibilidade de ser profundo e denso o acesso e o contato desta experimentação. Nas palavras do entrevistado:

O principal para mim é este vínculo médico-paciente. Como você consegue conhecer dois mil e não sei quantas pessoas? Subentende-se que eu sou uma médica da família, médica de cabeceira. Vou estar perto do paciente, vendo sua saúde, como vou olhar tantas pessoas? Vou olhar só o que é possível. MED 04

A quantidade de pessoas acompanhadas de uma determinada comunidade pode ser um indicador para diminuir a qualidade da produção e coordenação do cuidado. Se população a ser acompanhada tem grande quantidade, têm-se os obstáculos de atuação como um médico que conhece a todos da comunidade, defasando a concepção de “*médica de cabeceira*”, isto é, capaz de influenciar o cuidado/medicalização da família, metaforicamente, ao lado do leito do usuário, onde ele repousa e vive a sua vida privada, com suas fragilidades, intimidades e potencialidades. Por isso, o médico avalia: “*vou olhar só o que é possível*”. O médico pondera que seu alcance se limitará, irá “olhar” somente aquilo que lhe for apresentado dentro dos limites de seu acesso.

Geralmente para um médico é fácil falar: ‘você não pode fazer isso ou não deve fazer isso’. É como a cafeína, você não pode tomar café, mas você gosta. Quem sou eu para dizer: não tome! Então eu digo, pode tomar, mas tome menos do que toma normalmente. E você determina acordando: Doutora, eu não vou tomar à noite, mas vou tomar um pouquinho de café de dia. Você termina fazendo esse acordo, entende? Fica

tomando o café, mas não na quantidade que está tomando. MED 04

A medicina como saber se propõe a sustentar o discurso da ciência e, em muitos casos, impõe-se aos indivíduos como prática e conduta de autoridade. Ampliando o domínio da intervenção sobre as enfermidades, alarga-se a vida cotidiana, reforçando o aparato característico da medicalização. Contudo, ao introduzir a atitude “*quem sou eu para dizer: não tome!*” desvenda outro modo de se colocar na relação, especialmente no pensar sobre as condições e os efeitos das intervenções propostas. Trata-se de direcionar outro modo de operar o cuidado: a redução de danos e a autonomia. O médico considera: “*pode tomar, mas tome menos do que toma normalmente. E você determina acordando*”. Portanto, é uma diretriz de trabalho que, além de “negociar” o projeto terapêutico, funciona como um “acordo” a ser construído. Refere-se à reverência ao outro, apoderando-se de si, sendo copartícipe do comando do seu destino. Ao mesmo tempo, estabelece demarcações explícitas de estratégias de cuidado deslocadas da preconcebida autoridade médica (poder pastoral) e impõe ao próprio usuário se reposicionar diante da situação-queixa. Indagamos: o vínculo poderia assinalar uma forma de reduzir danos, ou produzir danos criando sutilmente um conjunto de procedimentos para privação do outro no cuidado de si? Aqui, a redução de danos nada mais é do que um produto circunstancial do fato do saber-poder estancar diante da vida. Como diz Canguilhem (2012), não se dita normas cientificamente à vida.

Às vezes, têm atividades por aqui, têm tradições. Tem festa da polenta, festa do arroz, da banana, tem muitas festas e eles sempre vêm aqui para convidar a equipe. Têm pacientes que oferecem a casa para passar o fim de semana. Eu não participo muito, pois minha vida social não é muito ativa. Eu aproveito durante as consultas, onde eu converso. Fim de semana eu prefiro ficar em casa e descanso, porque essa atividade de escutar, processar, traduzir uma informação e falar me cansa muito. Eu saio das consultas bem cansada. É estressante! MED 09

Entre os sentidos de vínculo, percebe-se na organização da comunidade uma maneira de acolher e procurar aumentar os laços interpessoais, em atividades fora do horário de funcionamento da equipe de saúde. Momentos de descontração e festas são espaços de encontro que deslocam as funções predefinidas dos trabalhadores de saúde, permitindo outras formas de interação. Ainda que exista investimento da comunidade para aproximar o médico de outros momentos da vida comunitária, o esforço do trabalho provoca a exaustão, por isso “*fim de semana eu prefiro ficar em casa e descanso*”, afirma o entrevistado. A sensação de exaustão (“*eu saio das consultas bem cansada*”), é uma pista de que o acúmulo de responsabilidades, durante o tempo de envolvimento no trabalho, tem intensidade e, por isso, a alternativa para recuperar as forças é a tranquilidade do final de semana em casa.

Merhy (2013) aponta que o processo de produção do trabalho em saúde, especialmente do médico como trabalhador, refere-se à atitude, desde o vínculo com as pessoas que as cuida até a inclusão de aspectos de sua própria subjetividade em sua produção de vínculo. O mesmo autor considera que as tecnologias são saberes, ou seja, capacidades de o trabalhador atravessar os aspectos relacionais envolvidos nos atos de produção de saúde. Escutar, processar e traduzir são atos que envolvem implicação, dedicação e empenho, práticas exigentes de interrogação sobre o fazer.

Ao mesmo tempo, o médico também está atravessado pelo controle do trabalho e das situações vivenciadas no contato com os usuários, produzindo efeitos no seu próprio modo de cuidado de si. O entrevistado revela: “*É estressante!*”. O envolvimento com as consultas e histórias das pessoas pode colaborar na tomada de decisões e para a ampliação da confiança recíproca. Por outro lado, deposita uma tensão no trabalho em saúde. Benefícios e danos da intensidade e aproximação dos encontros. Não por acaso, entre algumas formas de proteção e defesa no processo de trabalho talvez esteja o ocupar-se dos procedimentos, protocolos e formulários para um “afastamento” do próprio processo de subjetivação. Em certo sentido, a produção de vínculo abre a possibilidade de questionar as formas de elaboração do trabalho ético e a relação do sujeito consigo, na concepção foucaultiana. O médico seria como um agente facilitador do cuidado de si na produção de vínculo.

Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai

ser entendido, e o compromisso de que tudo o que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais dos serviços de saúde (MERHY, 2013, p. 75).

Por outro lado, há outras formas de expressar a produção de vínculo. Sentidos que extrapolam o horário de trabalho, conectam-se em consequência da crença daquilo que é familiar e cumprem o encargo do trabalho como profissional em um país estrangeiro. Vejamos o relato do entrevistado:

Visito paciente após o expediente se for preciso. Minha família aqui [Brasil] são eles. MED 08

O cuidado em saúde, para além do contrato formal, pode impulsionar uma micropolítica do trabalho, transcrevendo-se em uma governamentalidade sobre as ações e situações vividas. Dito de outra forma, o efeito “micro” da relação entre médico e usuário, logo, do governo de si e dos outros. Não queremos dizer com isso que o cuidado domiciliar, por exemplo, deveria ser realizado necessariamente após o horário de funcionamento da unidade de saúde. No entanto, o fato de o médico indicar que poderia desempenhar esse tipo de cuidado pode estar relacionado ao modo como compreende sua atuação e a partir de quais premissas consegue agir.

A dimensão implícita de um agir “solidário” também constitui outro sentido na produção de vínculo, na qual a relação do médico com o usuário impõe um abuso de si, se considerado o fato de desempenhar uma atividade ultrapassando o tempo predefinido do contrato trabalho, “consumindo” o seu próprio tempo para o cuidado de si. Se, por um lado, coloca em questão a sua própria liberdade, o seu próprio modo de viver e ocupar-se de si, por outro, o médico à beira do leito, nos lares das pessoas, com um acordo fora de uma configuração nítida, pode se perder em um “sim” sem fim.

Outro destaque é o sentido do vínculo como algo que combina trabalho e vida privada. “*Minha família aqui são eles*” é uma forma marcante de expressar a experiência de imersão dentro de um nicho (a comunidade acompanhada) em um país estrangeiro. Um vínculo compartilhado estabelecido por uma troca, como uma filiação.

Se for fora de hora ela me atende. É difícil médico atender fora do horário, mas se eu for procurar

por ela, tira um tempinho. Se fosse num outro lugar ninguém iria atender, iria ter que marcar hora. USU 10

Conforme McWhinney e Freeman (2010), durante gerações de estudantes de medicina ensinou-se que o médico deveria ser um observador distante, traduzindo em “não se envolva: mantenha distância”. Os discursos de William Osler (1849-1919), professor de clínica médica e médico-chefe do Hospital Jonh Hopkins, nos EUA, são emblemáticos no contraponto a esse sentido. Seus axiomas e aforismos traduzem a importância de desfazer o distanciamento proposto pela medicina moderna ao estudante e ao médico. Vejamos três exemplos: “O jovem estudante tem que ter em mente que ele não está na faculdade, num curso médico, mas num curso de vida, no qual o trabalho de alguns anos é apenas uma preparação”. “O método natural de ensino começa com o paciente, continua com o paciente e termina com o paciente, usando livros e aulas como ferramentas para este fim”. “Preocupe-se mais com uma particularidade do doente do que com uma particularidade da doença” (LOPES; LICHTENSTEIN, 2007, p. 187).

Trata-se de uma mensagem indireta, no ensino médico moderno, para afastar-se do conteúdo “emocional” das situações acompanhadas. Contudo, como evitar o envolvimento desses conteúdos e manter-se envolvido para a cura? McWhinney e Freeman (2010) consideram a noção de cura pautada na atenção e na presença. Se os encontros com as pessoas podem despertar sentimentos (medo, desamparo etc.), a defesa contra esses sentimentos seria evitar situações que possam provocá-los. Nesse sistema de autoproteção e controle, o cuidado é negado, e retirado das pessoas o direito de esperá-lo por parte do médico. “Se não podemos estar abertos à nossa própria dor, como podemos estar abertos à dor dos outros?” (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010, p. 117).

Porque não é só quando a gente sai daqui [unidade de saúde]. Também conversa com outras pessoas que passaram por ela [médica] e comentamos bastante. Principalmente nos primeiros meses. Já se ouvia que ela era muito atenciosa e quando a gente vem já tem uma visão de como ela é. Conforme falavam a gente forma uma opinião. USU 07

O vínculo não tem somente relação com o “estar” com o médico, mas também naquilo que este demonstra através da rede de pessoas que lhe acessa, podendo, então, os laços estabelecidos entre uma comunidade ou uma família servir de forte fator de influência sobre a produção de vínculo em terceiros, podendo ou não fortalecer a relação futura. A comunidade interpreta e emite julgamento da atitude do médico – “*comentamos bastante*” –, constitui “evidências” sobre suas interpretações (“*muito atenciosa*”) e, simultaneamente, constrói uma “visão” e “opinião” sobre o processo de cuidado médico. A rede comunitária ao comentar e conversar sobre a chegada do médico do PMM e seu agir com os usuários institui uma abertura à produção de relações e vínculos.

No início, quando a pessoa não conhece bem, só quer resolver o problema. MED 04

A própria abordagem inicial do usuário pode estar relacionada à sua forma “predefinida” de buscar ajuda quando percebe um “problema”. Geralmente, trata-se de querer dar conta do “problema” como se este estivesse descolado de sua própria história de vida. Como se houvesse “o” problema separado do “eu”, sem uma relação direta. Por isso, a procura pelo auxílio está relacionada ao “problema”. O usuário “leva” o problema a ser resolvido, como se fosse um diálogo entre duas pontas: de um lado a doença que fala e se mostra por sintomas e do outro o médico que escuta e vê esse problema para tentar extingui-lo. O usuário, neste primeiro momento, espera ser expectador dessa atuação.

Com o passar do tempo, da ampliação do conhecimento sobre a história de vida da pessoa, das repetições das situações de sofrimento, das queixas nas consultas, dos acontecimentos familiares, das características do contexto sociocomunitário e cultural, a relação entre médico e usuário pode modificar-se, deixando que o problema seja parte do que vive o sujeito, da sua própria experiência de vida, produzindo, traduzindo e remontando vínculos que num primeiro momento eram inexistentes.

Eles não falam somente dos problemas de saúde próprios da doença, de doenças da esfera cíclica, como se sentem e falam com a gente, conversam. Às vezes, contam histórias que não têm a ver.

Conversamos com eles. Isso depende de cada paciente. Mas falamos de qualquer coisa, de notícias. Igual em Cuba, falamos de tudo, até de futebol. MED 11

Sai de cena a doença, pois a questão por trás do vínculo também pode ser encarada com o objetivo, foco, centro da relação entre o médico e o usuário. Trata-se de um encontro entre dois agentes semelhantes, equipotentes, ou de duas pessoas em relações de saber-poder completamente inigualáveis na potência sobre o corpo?

Em primeiro plano, a consulta enuncia um momento de encontro. Não se trata, necessariamente, de situar em determinada data ou um local, tampouco individualizar em torno de uma pessoa e somente uma. O enredo entrelaçado no diálogo a ser aberto como uma oportunidade de conversar para engendrar, supor, suportar, imaginar, julgar, projetar e tencionar uma relação em construção. Ainda que o usuário descreva o “ciclo de vida” da doença (CAMARGO JR., 2005), se o saber médico extrapola a “ciência das doenças” e dialoga com tudo que se expressa com a narrativa deste usuário – as “*histórias que não têm nada a ver*” – quase que imperceptivelmente nota-se um vínculo como estratégia de cuidado dos “não doentes”.

“*Falamos de tudo*”, diz o médico entrevistado. Esse fator transmite a possibilidade de exprimir-se de acordo com sua vontade, sem apego às conveniências, “*falamos de qualquer coisa*”, um transcorrer sem se ater a filtros técnico-científicos. Um bate-papo que seguramente pode debater o conceito de saúde, além das doenças. O papel do médico neste contexto poderia produzir em conjunto com o usuário o que seria o conceito de saúde dentro da visão concebida por ambos, não meramente um exame e tratamento de doenças (individual e coletiva), mas, justamente a oportunidade de problematizar a própria produção de verdade (“*até de futebol*”). Não caberia unicamente ao médico ou qualquer outro trabalhador da saúde dizer o que é saúde na comunidade ou “*para*” o outro, já que é mais um agente dentro desse contexto, podendo remontar essa noção de saúde “*com*” os indivíduos deste contexto. Quem sabe uma das principais funções da MFC seja tornar acessível um debate sobre saúde com os usuários, rompendo com a tradicional certeza das doenças e a procura insaciável dos diagnósticos.

A afirmação “*depende de cada paciente*” assegura ao vínculo a impossibilidade de repetição de um modelo a ser alcançado, pois não se

trata de protocolização da relação médico-usuário. O descrever que o relacionamento depende de cada um significa inscrever a relação como um encontro singular, na camada explícita do dito. Na camada implícita, significa armazenar como um encontro coletivo, pois o mesmo sujeito habita um emaranhado de relações na sociedade e essas relações problematizam a sua própria prática de si. Portanto, também depende de cada coletivo. Em certo sentido, trata-se de uma noção apoiada nas ideias de Foucault, Deleuze e Guattari, que envolvem compreender a dinâmica das relações individuais e coletivas, pois não se reduz ao individual fragmentado e ao social totalizado, ambos se relacionam e se produzem.

Quando chegamos aqui, o primeiro paciente reclamava que não entendia nada do que falávamos. A equipe acertou muito bem, ajudou bastante a comunidade hoje, nos acertamos muito bem. Saímos de férias e eles ficaram pedindo para que nós [médicos] voltássemos. Já conhecemos os pacientes. Se você faz um tratamento, é hipertenso ou diabético, pode ser que na primeira consulta a gente não grave, mas nas próximas já conhecemos você, seu histórico. MED 12

O indicador das férias pode servir de subsídio para afirmar a importância do acompanhamento longitudinal, evidenciando o vínculo produzido entre médico e usuário.

“*Eles ficaram pedindo para que nós voltássemos*”, pode expressar o apreço dos usuários com a presença dos médicos e também pode manifestar o receio de voltar a não ter acesso ao médico. Em um só tempo, valorização e medo.

Se a desconfiança de perder o cuidado médico é uma hipótese, por outro lado, a confirmação da produção de vínculo progressivamente é delineada. A história compartilhada trata de um sentido particular submetido ao tempo e ao espaço entre médico e usuário. Se a produção de vínculo pode ocorrer entre muitas pessoas, a intransponível dimensão tempo-espaço do vínculo não se transfere. “Na prática, o médico adota uma *conduta* própria, na qual as evidências teóricas são filtradas pela sua experiência” (CAMARGO JR., 1992, p. 224, grifo autor). Por isso, a prática médica depende da habilidade individual do seu praticante, uma habilidade intransferível, diferentemente da repetição mecânica de condutas padronizadas.

Reconhecer a história do outro é escrever e inscrever uma recordação, um reconhecimento. Esse reconhecer baliza um intervir singular. Uma história, sua perda, sua tristeza e seu penar registram quem as carrega. Do mesmo modo, quem as escuta preserva os detalhes e pequenos registros. Assim, seria impossível poder conhecer a experiência vivida por cada um, pois mesmo que o fato possa ser o mesmo, o efeito é singular.

O médico, no primeiro momento, refere-se ao tratar de doenças (“*hipertenso ou diabético*”) em vez do doente – encontro médico-paciente ou médico-doença. Disto depende a narrativa construída e o conseqüente vínculo. Considera que mesmo se “*na primeira consulta a gente não grave*” quem é o sujeito que fala da sua experiência da doença, “*nas próximas já conhecemos você*”, ou seja, no desenrolar dos encontros confirma reconhecer o “*seu histórico*”. Ainda que persista a dúvida se o histórico é da pessoa ou de sua doença. Para Camargo Jr. (1992), o tratamento é uma instância individual, ainda que o discurso seja generalizante, pois no final, para cada médico haverá a sua conduta e para cada usuário a conduta do mesmo médico pode ser variável.

Quando eles falam de seus problemas, eles encontram segurança. Eles estão buscando apoio. Quando eles contam os problemas eles encontram uma solução, porque muitas pessoas não falam não só de saúde, eles falam dos problemas pessoais, não só o que dói e tem que tratar. Eles falam de problemas pessoais, do que está acontecendo com os filhos, de muitas preocupações que eles têm, com o emprego, pelas contas que têm que pagar, pelos netos... MED 01

No jogo inseguro de falar se corre alguns riscos, falar dos “*problemas pessoais*” é sair de uma “*zona de conforto*”, portanto, arriscar-se. O usuário prevê a possibilidade de o médico conhecer o conteúdo e o conjunto de elementos que extrapolam o seu campo de visão. Ao expor os medos (“*o emprego, pelas contas que têm que pagar, pelos netos...*”) simultaneamente pode-se analisar como enfrentá-los e, ao mesmo tempo, ter mais um cúmplice (“*apoio*”).

Se analisarmos a dimensão da “*gestão do cuidado*”, na esfera da responsabilidade profissional, teremos o encontro singular entre trabalhador e usuário, de acordo com Cecílio (2009), a partir de três

componentes essenciais: a) postura ética do trabalhador; b) competência de operar o seu “núcleo” de saber, e c) capacidade de criar vínculo com o usuário. A potencialidade desse encontro, na dimensão da gestão do cuidado, está no “espaço privado” da responsabilidade e liberdade de agir. Neste “espaço privado” do trabalho do médico e a vivência do usuário reúnem-se estratégias de visibilidade, compartilhamento, regulação e previsibilidade na gestão do cuidado. As estratégias designam as escolhas e meios para alcançar um objetivo, assim como os movimentos de cada ator nesta direção e os procedimentos adotados para lidar com os sofrimentos e situações expostas.

O médico interroga, o usuário pergunta, o médico cala, o usuário fala, são formas de contato que integram um conjunto de movimentos. O médico escuta e procura compreender as diferenças sutis entre necessidades e queixas, seus contrastes e similaridades. A aposta encontra-se nas respostas e supostas soluções para o enfrentamento dos problemas. Neste ínterim, o usuário pode analisar a proposta de intervenção do médico e avaliar se a maneira como foi escutado e olhado lhe pareceu autêntica e singular. Do contrário, o usuário pode não adotar as recomendações médicas.

Entrevistador: Se desse para trocar a Doutora por outro médico, você trocaria?

Entrevistado: Não. Só se for muito preciso. A gente conhece a pessoa e tem confiança, não precisa. USU 08

A relação médico-usuário pautada no acesso e na continuidade do cuidado, por conseguinte, também se desdobra na produção de vínculo. O usuário descreve como elementos fundamentais no acompanhado entre médico e usuário nos serviços de saúde: 1) familiaridade com quem se trata (“a gente conhece a pessoa”) e 2) confiabilidade nas qualidades do trabalhador (“tem confiança”). De tal modo, nomeia preferir não ter de trocar ou mudar de médico (“não precisa”), pois a alteração, além exigir paciência e investimento na construção de outra relação, necessariamente levaria ao rompimento de um vínculo já produzido.

A confiança fica na possibilidade de construir responsabilidades individuais. A confiança no processo de comunicação. Confiança para

aumentar a responsabilidade. É com o dia a dia e o acompanhamento regular. MED 06

O médico sintetiza a questão das responsabilidades individuais e a corresponsabilidade coletiva como alicerce para reconhecer uma confiança. Não se trata de qualquer confiança, mas uma “*confiança para aumentar a responsabilidade*”. Trata-se de tornar o governo de si envolvido em uma prática que se pretende qualificada, ou melhor, qualificada para o cuidado em saúde.

É difícil encontrar um médico que a gente goste, e quando a gente encontra, ele some. Aí aparece outro médico e você começa o tratamento todo de novo. USU 06

A ruptura da continuidade do cuidado e da longitudinalidade fragiliza a relação médico-usuário. A rotatividade, além de romper com o processo de produção de vínculo, tensiona um reposicionamento do usuário com a chegada de outro profissional de referência. A permanência temporal do médico colabora para a manutenção da segurança do cuidado, ou seja, um mecanismo para o funcionamento do vínculo.

Quando eu chego à consulta, o que se passa, o que sente, o médico que examina e que pergunta, aí eles se dão conta do porquê da demora. E aí quando voltam, no retorno, já não ficam tão estressados, porque sabe o porquê o médico demorou. MED 04

Na medida em que o usuário compreende e valoriza o momento de escuta, mais ele se empodera no processo de trabalho do médico e da própria equipe de saúde. A longitudinalidade do processo de cuidado torna-se fundamental para que exista clareza sobre as possibilidades e os limites existentes dentro dos serviços ofertados. Sem deixar de lado o “caso a caso”, porém ilustrando de forma indireta que para escutar, o tempo é imprescindível, assim como a gestão do tempo.

Não procurei médico particular. Meus exames deram alteração, remarquei o retorno com ela, e mesmo estando preocupada não procurei outro

médico porque confio nela. Dá vontade de voltar sim. USU 04

A longitudinalidade e a confiança, como considerado anteriormente, se estabelecem como peças-chave na constituição de estratégias de cuidado em saúde e da relação médico-usuário. Para além do acesso ao médico da ESF, a possibilidade de regressar, o próprio “remarcar o retorno” pode ser a ligação para a atenção e o uso do serviço de saúde.

O atendimento da população na unidade de saúde pode refletir, conforme Starfield (2002), os laços interpessoais transformados na cooperação mútua entre usuários e trabalhadores de saúde. Na medida em que o usuário identifica a unidade de saúde e o médico como fonte regular de atenção, estabelece-se a longitudinalidade. Na mesma oportunidade, a “*vontade de voltar*” pode movimentar e produzir vínculo, pois “*mesmo estando preocupada*” regressa ao médico da APS. Neste caso, do médico cubano do PMM, o usuário manifesta a relação consigo mesmo e a relação com o outro.

Ótimo para mim é um médico que está tentando entender você no que você fala, no que você passa, no seu dia a dia, as dores que você sente. É esse tipo de médico que a gente precisava. É um tipo de médico que o posto já teve há uns quinze anos atrás e a gente estava sentindo falta. USU 13

De acordo com o usuário, trata-se de um médico suscetível a procurar entender sem saber, isto é, que pode se interessar pelo usuário sem privar “*você no que você*” fala, pensa e sente. Entender impõe o necessário interrogar-se, transformar em experiência o próprio pensar. As atitudes de ir em direção ao indivíduo, ao individual e ao comunitário deste indivíduo, a partir de sua história, seu modo de viver e naquilo tudo que diz e rediz sobre si e sobre o que não diz, são elementos imprescindíveis ao usuário. A própria consequência do fato de ser valorizado e reconhecido pelo médico causa admiração. O usuário revela: “*é esse tipo de médico*” que interessa à comunidade e que “*a gente estava sentido falta*”. Trata-se de uma ética que produz vínculo e pronuncia o modo de operar e de conduzir a relação médico-usuário, um modo de (re)conhecimento e de envolvimento. Ao longo do tempo, nas diversas experiências (abandonos, lutos, violências, nascimentos, sonhos e outras tantas), o encontro entre médico e usuário pode superar

concepções predefinidas, se cada biografia for um conteúdo vivo nessa relação.

6.3 A experiência de médicos cubanos no Programa Mais Médicos

*[...] veremos então, como o médico tem que ser também agricultor, um pouco pedagogo...
como teremos que ser políticos também;
como o que primeiro que teremos que fazer não é ir a brindar nossa sabedoria,
e sim demonstrar que vamos aprender com o povo...
Che Guevara*

A atenção primária consiste no encontro entre trabalhadores, gestores, usuários, insumos, prédios etc., especialmente, o encontro repetitivo entre pessoas inseridas numa determinada realidade geográfica, cultural, social, histórica, subjetiva e, sobretudo, considerando uma organização e produção de vida relacionada à determinação social do processo saúde-doença. A um só tempo, um mecanismo operacional do aparelho estatal, numa lógica de relações concretas entre os homens, bem como uma representação de discursos que equacionam as relações entre indivíduos e suas vidas em conexões imateriais.

A nosso ver, trata-se de produzir vínculos entre indivíduos, sem orientar-se pela enfermidade. Por isso, uma atenção primária centrada no indivíduo, na sua família e em sua comunidade, na qual as situações comuns do cotidiano da comunidade são temas de relevância na oferta de cuidado, pois destaca um elemento fundamental neste tipo de inserção: as desiguais formas como as pessoas vivem, adoecem e morrem. A premissa de que atenção primária percorreria outro modo de produção de saúde da população, abarcando as dimensões individuais e coletivas do processo saúde-doença.

Para Starfield (2002), os serviços da atenção primária podem fornecer atenção à saúde a fim de reduzir as disparidades entre segmentos da população. O contato cotidiano e repetido no serviço de saúde permite que os usuários acessem com frequência os cuidados oferecidos pelas equipes de saúde. Contudo, esse acesso e essa frequência, por si só, não representam acolhimento ou força de modificação da vida da população. A marca significativa da continuidade da atenção na APS possibilita que se apresentem as

diferentes questões da vida dos sujeitos, independente da presença ou ausência de problemas, e que estes usuários se relacionem com os trabalhadores (STARFIELD, 2002). Trata-se de identificar e reconhecer uma matriz de atenção, garantindo sua continuidade, a partir de uma série de elementos objetivos e outros subjetivos, e apreender com profundidade a capacidade de alteração do modo de produzir saúde tanto individual como coletiva.

Mas não é apenas na unidade de saúde que se produz saúde, pois os espaços públicos (praças, parques, academias, ciclovias etc.), além da própria organização social, traduzem o modo de operar de uma comunidade, ou seja, sujeitos em permanente contato entre si que pedem, ajudam, cuidam e aprendem com seus pares são parte determinante dos níveis de saúde das pessoas e dos coletivos. Trata-se, portanto, de uma rede de cuidados em saúde. Luz (2006) conjuga cuidado e solidariedade como formas contra-hegemônicas na construção de resistências ao individualismo. Considera a autora:

Relações de solidariedade, ou de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades de saúde, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de ‘novos amigos’, de ‘trocas’ (de informações, experiências, conselhos e orientações) que vão aos poucos restaurando o tecido social comunicativo, com a criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde (LUZ, 2006, p. 36).

No encontro entre sujeitos se compartilham vivências e experiências, transmitem-se saberes e se promovem outras palavras sobre saúde. Tal maneira de enxergar implica numa ruptura com um modelo que sugere que “quem sabe de mim é o outro” e “quem pode solucionar os meus problemas não sou eu” para pensar saúde como “o que posso fazer” e “quais as respostas que posso construir”. A princípio, a mescla entre experiência pessoal e contexto de vida e sociocultural representa um avanço na ruptura com um cenário no qual a atenção e o cuidado à saúde aconteceriam somente no hospital e centrado na figura do médico.

A implementação da APS a partir de seus atributos – acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado – implicam, conforme Sampaio, Mendonça e Lermen Junior (2012), a redução do número de hospitalizações, a diminuição do número de consultas para um mesmo problema, a diminuição do quantitativo de exames complementares, a ampliação das possibilidades de ações de prevenção, assim como o aumento da adesão a tratamentos e a satisfação da população com os serviços prestados. Esse modelo de atenção procura equilibrar uma equação complexa que envolve a garantia da universalidade de acesso, da oferta de recursos e da necessária intermediação de estratégias de equidade.

A fim de fortalecer esse modelo, através do provimento de um número expressivo de médicos para atuação na APS no Brasil, o PMM amplia a cobertura de assistência com a ampliação do acesso ao cuidado da população e, dessa forma, reduz as desigualdades de saúde difusas nas cidades, nos estados e pelo país.

Os municípios que aderiram ao Programa puderam favorecer de modo equitativo muitas pessoas com a maior oferta de médicos e serviços perto de seus domicílios, produzindo um avanço na ampliação da garantia de direito à saúde da população, apesar de ainda não ser o suficiente para a garantia do acesso universal no SUS (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), além do aumento do grau de satisfação dos usuários com relação à atenção oferecida. Representa um passo importante para o cumprimento dos direitos constitucionais sintonizado com a necessidade de expansão das equipes de Saúde da Família para o fortalecimento do modelo de atenção adotado pelo SUS, porém sem a garantia da sustentabilidade dessa política.

O aumento do acesso à assistência médica foi marcante e substancial com a presença de médicos cubanos participantes do Programa. A Lei do “Mais Médicos” ficou conhecida em muitos espaços como a “Lei dos cubanos”. Trata-se de um equívoco nomeá-la dessa forma, pois ainda que haja uma forte associação entre PMM e médicos cubanos, a Lei é muito mais abrangente, o financiamento do governo federal extrapolou o custeio dos trabalhadores cubanos, incluindo profissionais de outras nacionalidades (inclusive brasileiros), além de uma proposta de qualificação estrutural das unidades de saúde e mudanças na formação médica (graduação e residência), como apontamos anteriormente.

Poderíamos dizer que se trata de uma medida paliativa? Seria um programa como outros anteriores, objetivando o fortalecimento do SUS

e do atendimento à população, progressivamente sem fôlego diante dos diversos processos que implicam um cenário político e suas ações governamentais? Quais os efeitos do programa sobre os indicadores de saúde da população brasileira? Quais os “efeitos colaterais” encontrados com a implantação do programa? Os médicos do PMM diminuíram o volume de encaminhamentos para especialistas médicos? O número de consultas para crianças, pré-natal, puerpério e idosos ampliou-se?⁵³

Não obstante algumas destas questões, especialmente aquelas relacionadas ao monitoramento e à avaliação dos impactos da atenção médica relacionada ao PMM não façam parte desta pesquisa, considera-se de suma importância estudos que possam colaborar para ampliar os conhecimentos sobre essa temática.⁵⁴

De modo geral, a partir das entrevistas com os usuários acompanhados pelos médicos cubanos e com estes médicos das eSFs dos municípios investigados, percebe-se uma grande potência do PMM no que se refere à possibilidade de interferências na produção de vínculo: 1) outra relação de cuidado no SUS e 2) impacto social e individual da contribuição dos cuidados médicos à população.

Como e por que esses médicos estrangeiros se deslocam de suas casas, se afastam de suas famílias, deixam seus trabalhos em seu país de origem para residir em outro lugar, com outra língua, hábitos, valores a fim de auxiliar pessoas em regiões necessitadas ou carentes?

Tempos de “*cubanismo*”, ou seja, um encontro entre duas culturas que, por força de um programa de governo, necessitam se adequar na busca de uma convivência na diferença.

Os lugares e as pessoas estão diretamente influenciados pelas interações entre si. Têm-se muitos “Brisis”, temos também muitas características e nuances de línguas que se entrecruzam num mesmo lugar. Chama a atenção a expressão utilizada por um médico

⁵³ Instituições de ensino e grupos de pesquisadores têm produzido e organizado iniciativas de pesquisas científicas sobre o Programa Mais Médicos. Por exemplo: Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS), através da “rede-observatório do Programa Mais Médicos” e a Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

⁵⁴ A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* na edição 21 (número 9, setembro de 2016) apresentou um número temático intitulado “Programa Mais Médicos: análises e perspectivas”. Todos os conteúdos podem ser acessados em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23.10.2016.

entrevistado ao referir-se às palavras próprias de um país, onde não existe tradução: “cubanismo”. O cubanismo pode ser uma forma de esclarecer o que, talvez, para muitos brasileiros no começo do PMM era incompreensível e que progressivamente foi recebendo explicações. Uma troca daquilo que se traduz num contexto e no encontro entre pessoas.

Eu entendo tudo o que falam, mas têm alguns que falam o português/brasileiro, nós chamamos de 'cubanismo'. São palavras próprias de um país, não têm tradução e quando falam essa palavra eu não entendo. Por exemplo, chinelada. Eu não entendi e eles explicam o que significa. MED 09

O processo de tradução do encontro entre médicos e usuários e o cuidado em saúde no Brasil induzido pelo PMM teve um significado maior do que levar médicos para o interior ou periferias dos municípios, estabeleceu uma “relação de cuidado”, uma lógica em defesa da saúde. Portanto, considera-se o PMM como um dispositivo para uma política social em defesa do SUS. Ainda assim, os médicos cubanos evitam problematizar ou expressar suas opiniões sobre as disputas e lutas travadas na defesa de um modelo universal de acesso à saúde ao mesmo tempo em que possuem interesses individuais na vinda ao Brasil. O relato abaixo retrata essas duas dimensões:

Eu não falo de política, estou aqui para trabalhar. Parte do meu salário eu dou para Cuba. Para comprar o leite do meu pai, do meu filho. Para comprar alimentos, coisas, porque não temos. MED 03

A ajuda financeira direta aos familiares, através das atividades remuneradas vinculadas ao PMM, impulsiona os médicos cubanos aceitar a distância de seus familiares. A própria história e estratégia de cooperação internacional cubana sinaliza alguns motivos para apoiar o Brasil com o provimento de médicos em seu território. A colaboração médica cubana, também chamada de “*missiones*”, representa parte de um processo de fortalecimento do próprio povo cubano.

Comecei outra especialidade médica em Cuba, mas parei porque fui cumprir uma missão. Essa não é a primeira. Já trabalhei em Gâmbia, na

África, por dois anos e meio e na Venezuela por três anos. Não vou mencionar outras porque as outras foram por pouco tempo. MED 08

De acordo com Marimón-Torres e Martínez-Cruz (2010), os antecedentes de cooperação médica cubana têm começo no século XX quando alguns médicos espontaneamente ofereceram ajuda profissional a outros países, geralmente se alistando aos exércitos como soldados, dotados de um “espírito revolucionário”. Essas manifestações, conforme os autores, são conhecidas como “solidariedade internacionalista” e têm como princípios: a) política externa cubana para integração com outros países; b) fortalecimento na infraestrutura para a sustentabilidade do país destinatário de ajuda; c) desenvolvimento de potencialidades para os países enfrentarem as diferenças e simetrias existentes; d) beneficiar a população em áreas mais remotas e desfavorecidas; e) prestar serviços e atender as necessidades da população, “[...] sin distinción de razas, credos e ideologías, sin mezclarse en asuntos de política interna y respetando las leyes y costumbres de los países donde laboran” (MARIMÓN-TORRES; MARTÍNEZ-CRUZ, 2010, p. 259). Nota-se a indicação institucional aos médicos para não entrarem nos assuntos políticos do país envolvido. Vejamos outro exemplo:

Não gosto muito de problemas políticos, não falo sobre isso, mas eu vejo bem. MED 05

Apesar de o PMM vincular-se como um programa governamental e ter direta relação com decisões políticas, o médico corrobora a ideia de uma missão de caráter e compromisso relacionado a aspectos pessoais, pois não fala de “política”. O que parece reforçar a designação de Fidel Castro: “nuestros médicos tienen la instrucción rigurosa de atenerse, por encima de todo, a una regla: No hablar jamás de política, ni de religión, ni de filosofía” (CASTRO, 2007 apud GOMES, 2016, p. 282).

Para Gomes (2016), ao elemento internacionalista do médico cubano também está atrelada a figura moral do “revolucionário”. Certamente, tendo como personalidade mais marcante na construção subjetiva o médico argentino Che Guevara, o “guerrilheiro heróico”.

Desse modo, o médico cubano deve tornar-se e agir como um “revolucionário”, sem a intenção de realizar caridade, e sim uma prática solidária.

A “medicina revolucionária” deve estar onde há pessoas que estão sofrendo, por isso, o médico cubano deve ter uma atitude “solidária”⁵⁵.

A solidariedade, o humanismo, isso é próprio de mim. MED 02

Contudo, a atenção à população e as “missões humanitárias” em saúde com o passar dos anos foram antes custeadas com recursos cubanos, mesmo diante das crises financeiras que assolavam o país. As missões começaram a receber apoio financeiro de outros países aos profissionais e ao governo cubano, o que desencadeou a criação da empresa estatal “*Sociedad Mercantil Cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos*” (SMC). Esse modelo médico revolucionário pode ser compreendido a partir de dois aspectos: a solidariedade pautada num modelo moral do herói e, ao mesmo tempo, a negociação financeira inerente ao valor do médico no mercado, tornando-o uma mercadoria (GOMES, 2016). Os médicos assumem a cooperação como uma responsabilidade e respondem aos interesses econômicos de seu país.

Estabelece-se um processo de subjetivação distinto quando o médico que suportará a distância, atuando em outros países, terá como recompensa uma melhoria financeira pessoal ou mesmo a manutenção da assistência gratuita que seus parentes e conterrâneos terão. Não a aposta em outro ideal de mundo, e sim um sacrifício em prol da manutenção de um certo padrão de vida pessoal e para a população cubana (GOMES, 2016, p. 282).

O que pode ser evidente, além da presença de médicos cubanos, sobretudo, na incumbência de executar o encargo do atendimento à população brasileira nas periferias e locais de elevada vulnerabilidade, são dois elementos: 1) o compromisso assumido com suas famílias e com seu país de origem e 2) a participação destes médicos como mercadoria a ser negociada entre países, transformando o seu “valor”

⁵⁵ A atitude solidária pressupõe uma escolha política, portanto, trata-se da confluência entre ética e política.

em benefícios econômicos para Cuba, em detrimento de rendimentos para os médicos cubanos.

Trata-se de uma universalização da medicina enquanto organização de produção, distribuição e consumo de cuidados médicos, em resposta aos diferentes tipos de bloqueios e negócios cubanos com outros países?

Em Cuba, por exemplo, o problema das drogas se controla muito. O Estado tem controle sobre isso e há muito pouco tráfico e consumo. Isso não incomoda, não é como aqui, violência e tiros. Em Cuba não tem isso. Tem pobreza! Difícil de viver. Existe bairro pobre, falta asfalto na rua, higiene, saneamento básico. Mas o Governo trata de ir melhorando aos poucos. O problema é a economia. Pessoa que ganha mil por mês passando fome. Não tem dinheiro para comprar leite. MED 03

Conforme o médico entrevistado, a população cubana enfrenta limitado acesso a bens de consumo vitais⁵⁶, como a alimentação. Também indica a influência da ordem econômica e a interferência direta desta no processo de saúde-doença.

A saúde pública em Cuba tem princípios que sustentam o sistema nacional de saúde com algumas aproximações ao sistema do Brasil, com pelo menos três pontos de similitude: a saúde como direito de todos e uma responsabilidade do Estado; serviços de saúde integrais e a participação da comunidade ativa no desenvolvimento do sistema de saúde (CEBES, 1984).

As transformações do serviço de saúde cubano, conforme autores cubanos participantes da coletânea organizada pelo CEBES (1984), iniciaram-se com o surgimento de serviços médicos rurais, em 1960, organizados a partir da “Lei de Serviço Médico Rural”.

A Lei estabeleceu a obrigatoriedade de o recém-formado prestar serviço de tempo integral e dedicação exclusiva, durante um ano, junto às comunidades rurais do país. Esse enfoque da medicina na comunidade fundamentou-se no projeto de fortalecimento do serviço de atendimento primário à população. Assim, foram criadas unidades de

⁵⁶ Desde a década de 1960, por exemplo, os EUA tem um bloqueio econômico, comercial e financeiro com Cuba.

saúde com a função de formação de médicos alterando a lógica tradicional de formação exclusivamente no meio hospitalar.

[...] no inventário histórico da educação médica em Cuba, a evolução desde seu início até nossos dias esteve determinada pelas relações sociais existentes; desde a escravidão na época colonial até o capitalismo na república neocolonial e mais recentemente na sociedade socialista em desenvolvimento, na qual a educação médica responde aos interesses de toda a sociedade, formando profissionais com um conceito social da medicina a serviço da saúde do povo (CEBES, 1984, p. 193-4).

A relação entre saúde e economia manifesta uma íntima associação destas instâncias na sociedade. Se na sociedade socialista a medicina é vista como uma ciência a serviço do homem, na sociedade capitalista a medicina corresponde às exigências do sistema econômico.

Aprimorando-se o modelo de atenção primária como estratégia política, para Starfield (2002) torna-se viável considerar a possibilidade da redução das desigualdades na saúde e com baixos custos. Cuba é um exemplo que alcançou níveis de saúde “quase equivalentes a muitas nações industrializadas” (STARFIELD, 2002, p. 670), com um sistema em que se fortalece a atenção primária com equipes (médicos e enfermeiros), trabalhando nos “*consultorios de la familia*”, operando em uma comunidade com número pequeno de pessoas. Para a autora, a relação entre saúde e economia encontra no caráter racionalizador de recursos um denominador favorável à oferta de cuidado de qualidade a custo pouco elevado.

O trabalho médico, de acordo com Arouca (2003), faz-se no atendimento das necessidades humanas determinadas tanto por questões biológicas quanto sociais. O autor compreende que o cuidado é o próprio processo de trabalho dos envolvidos com seus conhecimentos e habilidades (nível técnico) em uma relação social específica (nível social), versando sobre a satisfação das necessidades humanas, com a experiência histórica de cada sujeito no seu modo de andar a vida.

Eu vejo que uns falam mal e outros bem. Uns criticam a vinda dos médicos cubanos, outros não. É o médico que acompanha na periferia, que

vai aonde os outros não vão. A periferia fala bem, ajudou bastante. USU 06

O discurso do usuário aponta certo grau de satisfação pela presença do médico aos moldes da APS. Para ele parece interessar que haja a possibilidade da assistência médica à disposição. O que encontra nesse médico cubano é o cuidado que lhe faltava em outra ocasião.

A vinda dos médicos cubanos foi bastante controversa, não obstante para o usuário a apreciação ser favorável: “*a periferia fala bem*”! O médico “*vai aonde outros não vão*” e “*o médico que acompanha na periferia*” são sentidos atribuídos ao modo de atuação e compromisso destes médicos cubanos.

O usuário demarca a cooperação destes trabalhadores no cuidado daqueles que vivem às margens, nas periferias. A periferia, no sentido figurado, é a condição do que se acha próximo, porém pela própria rubrica contemporânea da expressão tem-se, entre muitas concepções, algo atrelado à marginalidade, violência, baixa escolaridade e poucos recursos econômicos. Na maioria das vezes, são regiões com maiores necessidades, vulnerabilidades e dificuldades de acesso ao cuidado médico.

Os vínculos se reafirmam como uma forma de governar do outro? De acordo com Castro (2009), Foucault considera os modos de objetivação-subjetivação situados no entrecruzamento da relação entre as formas do governo de si (ética) e as formas de governos dos outros (as formas políticas das maneiras de governar). De tal modo, parece-nos haver uma análise indissociável entre vincular e governar. Ao longo deste estudo, nota-se a importância de analisar com atenção as tecnologias e práticas da relação médico-usuário, pois nesse campo o cuidado de si, a razão do Estado, a biopolítica e o poder pastoral estão incluídos explícita e implicitamente na problemática da produção de vínculo.

Se você não sabe como mora uma grávida, você não vai diminuir o índice de mortalidade infantil. Porque eu posso chegar num consultório e falar: eu me chamo Sheila e moro em um castelo, eu tenho frutas, verduras, vegetais, minha casa é confortável. Eu posso falar, mas quando você chega lá na casa da gestante, você encontra outra realidade. Você a encontra morando com muitas pessoas e a alimentação é compartilhada com

várias crianças que moram com ela, você vê que ela trabalha demais. Tem gestante que tem três trabalhos. Não é normal. MED 01

Às vezes, o usuário ao falar de seu modo de viver pode não conseguir representar ao médico a realidade por ele vivenciada. Do mesmo modo, ao retratar uma suposta realidade pode sugerir uma maneira de afastar o indesejável confronto com determinados aborrecimentos e desgostos. Quem tem orgulho de mostrar uma geladeira quase vazia? Uma parede mofada? Um sofá arrebitado? As pessoas expõem suas histórias de acordo com suas necessidades e situação.

Uma gestante, por exemplo, além de ser mãe, trabalhadora, mulher etc., pode ter seus motivos e pretextos para revelar uma realidade “invisível”⁵⁷, seja real ou fictícia. Trata-se de dizer, entre outros motivos, da necessidade de não criar armadilhas para comprometer sua própria condição de vida, criando possíveis riscos (a visita indesejada do conselho tutelar ou até mesmo dos trabalhadores da ESF, por exemplo).

O médico pode se tornar um “visitante” das distintas “realidades invisíveis” apresentadas pelos usuários e ocupar dois mandatos: 1) vigilante sanitário, daquele que trabalha como “olho”⁵⁸ do Estado, um agente para vigiar o modo de viver de um indivíduo ou conjunto de indivíduos, assumindo um modelo preventivo e, de outro modo; 2) observador das desigualdades em saúde, daquele que trabalha refletindo as implicações éticas de suas ações e na construção de uma proteção proativa, induzindo o fortalecimento de potências, assumindo um modelo no âmbito da promoção de saúde, quando aborda a questão coletiva e social, e não só a individual.

Modificar as condições de saúde seria alterar indicadores de saúde? Modificar indicadores de saúde seria transformar quais realidades? Se a realidade pode ser apresentada por distintas formas perceptíveis e impressões subjetivas, modificá-la poderia consistir em ações envolvendo médicos e usuários vinculados? Modificar a realidade seria governar indivíduos?

⁵⁷ Alusão ao título da obra de Ítalo Calvino, *As cidades invisíveis*.

⁵⁸ Menção ao *Big Brother*, personagem fictício do romance *1984*, de George Orwell, constante vigilante.

O cuidado domiciliar, por exemplo, uma estratégia de interação e potencialidade de produção de um trabalho vivo em ato, pode colocar a vida privada do indivíduo sob os cuidados, representados pelo médico, nas mãos do Estado, sob a égide da saúde pública, vigilante e higienizante. Conforme Foucault (2008a), o controle da população, como modo de operar a gestão do cuidado em saúde, é um elemento importante na arte de governar. Assim, o governo do outro está implicado, de acordo com Foucault (2010a), na própria vontade do indivíduo de exercer o poder sobre o outro. A concepção do médico sobre a realidade da comunidade introduz a inerente noção do cuidado de si, governo dos outros, relações de poder, relações de si para consigo, e articula a questão da política e a questão da ética.

No exemplo a seguir, o entrevistado analisa as barreiras e dificuldades enfrentadas pela população da comunidade onde atua:

Sendo uma população assim, é comum meninas de 14 a 16 anos grávidas. Tem usuário de droga muito jovens, usando Diazepan, jovens que não continuam seus estudos, que ficam em casa, pela comunidade...e as meninas engravidam e os meninos se drogam. Acho que esse é o problema. Se eles continuassem os estudos, poderiam ter uma profissão. MED 12

Foucault (2009) considera que o capitalismo socializou o corpo como força de produção e força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos começaria no corpo e não necessariamente pela consciência ou pela ideologia. A medicina, além de produzir um controle e gestão do corpo individual, também assume a perspectiva interventiva sobre o corpo “social”. Assim, do disciplinamento do corpo, as estratégias de intervenção passam a ser coletivas, produzindo outros modos de subjetivação. Há um “deixar morrer” e “fazer viver”, nas palavras do autor.

Ao levarmos em consideração a organização social como elemento que interfere diretamente no processo saúde-doença, notamos que a própria história da organização da sociedade, especialmente no governo dos outros, seja pela produção de bens, seja pela própria organização econômica, deixa vestígios que refletem na própria produção de doença. As primeiras considerações da medicina social, no século XIX, por exemplo, já indicam a assertiva proposta nos estudos de Virchow, na Prússia: as pessoas adoeciam e morriam conforme o modo

como viviam. Neste período histórico as questões econômicas e desdobramentos impulsionados pelo arranjo advindo da industrialização têm no trabalho dos indivíduos a mão de obra desta aceleração, em condições insalubres para o trabalho e péssimas condições de seus lares, portanto, posicionando a saúde como um subproduto.

Data desse momento a fixação de alguns princípios básicos que se tornariam parte integrante do discurso sanitarista: 1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas (NUNES, 2015, p. 20).

Mesmo no século XXI, não mais sob a égide da primeira revolução industrial, temos situações e territórios com grandes desigualdades, nos quais o modo de organização, oferta e acesso à saúde para os cidadãos impacta nas pessoas e no cuidado. O próprio conceito de saúde ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde advertia sobre a importância de valorizar as formas de organização social da produção como interferência direta na saúde dos indivíduos. Contudo, essa noção não foi integrada em outros dispositivos legais.

O fato ‘saúde’ é um fato cultural no sentido mais amplo do termo, ou seja, ao mesmo tempo político, econômico e social, isto é, ligado a certo estado de consciência individual e coletivo. Cada época estabelece um perfil de ‘normal’ dele (FOUCAULT, 2004, p. 141-2).

Outro elemento perceptível no comentário do entrevistado MED 12 se refere à concepção de desigualdades sociais relacionadas à determinação social e a medicalização da sociedade. Ele diz: “*Se eles continuassem os estudos, poderiam ter uma profissão*”. Compreende conhecimento e trabalho como artifícios para a alteração da organização social e de saúde da população. Alude, implicitamente, ao adoecimento relacionado ao modo como vive a comunidade, indicando que o número

de gravidez precoce assim como o número de usuários de drogas lícitas e ilícitas são fatores determinantes da produção de saúde-doença.

O acesso à educação e ao trabalho, por exemplo, pode ter outros fatores relacionados, nem sempre equilibrados e distribuídos de maneira suficiente na população. Ainda que bastasse a iniciativa do usuário para mudar o modo como vive, ainda assim o modo de organização social da produção está permeado diretamente por um modelo liberal, na lógica capitalista e centrado na concentração econômica desigual dentro do país.

A seguir, a fala do usuário é preciosa para a análise de como o modelo de governo do Estado Moderno induz, pela medicalização, a submissão dos sujeitos e de seus corpos. Notemos: a quem o usuário atribui a responsabilidade pelo seu bem-estar?

Eu espero que isso comece lá em cima, as autoridades precisam pensar no povo, nas condições das pessoas que trabalham com o povo. Não adianta mandar um médico aqui para ajudar e não dar condições de vida para ele. Aí vão acabar adoecendo junto com a gente. USU 01

O entrevistado diz: “as autoridades precisam pensar no povo” e “nas condições das pessoas que trabalham com o povo”. O usuário avalia a intervenção do PMM a partir de duas dimensões: macropolítica e micropolítica. Primeiro, na dimensão macropolítica, o usuário ao considerar a necessidade de “pensar no povo” recupera os princípios fundamentais de um Estado de direito na garantia de políticas sociais e econômicas, conforme a Constituição brasileira, para o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde. Na dimensão micropolítica, o usuário avalia que o desempenho com qualidade da prática médica no atendimento à população necessita de boas condições de trabalho.

Amplamente considerando, o usuário compreende que não se trata simplesmente de “mandar um médico”, mas sim oferecer qualidade para o desempenho de suas atividades, seja com estrutura física, equipamentos, medicamentos, suporte, retaguarda especializada, entre outros. Portanto, trata-se de um investimento estatal mais amplo do que promover uma ampliação do provimento de médicos, mas que consiga, com a fixação deste trabalhador, ainda que dentro de um prazo estipulado, modificar as práticas e organizações sociais da produção de

saúde. Do contrário, esses trabalhadores, alerta o usuário, “vão acabar adoecendo junto com a gente”.

Aqui é muito difícil, porque tem uma população com características muito peculiares: o morro. As pessoas que mais têm problemas são as de cima. Tem área lá em cima que para poder reunir toda a equipe termina sendo inacessível. Temos boas ideias, mas não temos como executar. MED 04

O território apresenta os seus obstáculos, conforme o entrevistado. Se a equipe propõe algumas estratégias para o cuidado, ao mesmo tempo, percebe entraves e privação de acesso à saúde – “Temos boas ideias, mas não temos como executar”. As características dos espaços geográficos não devem ser negadas, contudo, ao mesmo tempo em que a heterogeneidade e vulnerabilidade de um território podem ser uma barreira intransponível, simultaneamente podem ser a alternativa para resoluções ainda a serem inventadas. Se o contexto pode separar, também pode unir. Se a periferia pode ser vista como um território de expressão da periculosidade e da proliferação de doenças, também pode ser um território, que, em vez de distanciar, aproxima trabalhadores de saúde e a população, produz vínculos (micropolítica) em razão do cuidado (macropolítica) como direito à saúde.

Na música “Alvorada”, o compositor carioca Cartola apresenta um exemplo de viver em um contexto com poucos acessos, um lugar de vida com pouca esperança: “Alvorada lá no morro, que beleza, ninguém chora, não há tristeza, ninguém sente dissabor. Meus caminhos tão sem vida. E o que me resta é bem pouco. Ou quase nada, do que ir assim, vagando. Nesta estrada perdida”. A manifestação pessimista daquele que habita o morro, um sujeito miserável com seus próprios problemas, corpos maltratados, anônimos, os ditos “Zé ninguém” implicitamente é anunciada.

Por isso, enfrentar as iniquidades em saúde se traduz na luta direta com as privações sociais e econômicas.

Os determinantes primários das doenças são principalmente econômicos e sociais; conseqüentemente, seus remédios também devem ser econômicos e sociais. A medicina e a política não podem, nem devem, estar separadas uma da outra (ROSE, 2010, p. 185).

Em suma, não se trata de aguardar que um Programa governamental seja o único agente transformador da ordem social e solucionador da garantia de melhores condições de saúde à população brasileira. No âmbito do PMM, trata-se de considerar um dispositivo de uma política social que desacomodou uma conformação de relações (federativas e sociais). Se a dimensão macropolítica do PMM se reflete no fortalecimento da APS em cada município desta pesquisa, não se pode subestimar a dimensão micropolítica, tal como a produção de vínculos entre a população e os médicos cubanos.

Quando viemos para o Brasil, eu não sabia que viria para cá [Joinville]. Todo mundo falava que esse lugar é difícil. Falavam que no Sul não tinha pobreza, não tinha necessidade de atendimento médico, mas tem. Então, quando viemos para cá sabíamos que íamos trabalhar em um lugar mais necessitado, onde tem mais pobreza. E, realmente, essa população que eu atendo precisa de médico. Inclusive, precisam de mais médicos ainda porque os médicos que estão aqui no posto não conseguem atender toda a população. MED 11

O PMM, ao induzir a fixação de médicos em determinadas regiões, amplia a capacidade de acesso ao atendimento à população. Chama a atenção um município como Joinville não ter médicos suficientes para atenção aos usuários do SUS na APS, revelando uma contradição que se contrapõe aos índices de qualidade dos determinantes sociais e reflete uma possível distribuição desigual dos bens e serviços de saúde entre a população. Outro exemplo da discrepância entre as características no contexto desta investigação se revela em Florianópolis, onde o relato do médico demonstra as especificidades do território.

Entrevistado: O que fazemos é esperar quando a área está mais tranquila, às vezes, entramos e temos que sair rápido porque chega a polícia, mas tento sempre fazer visitas.

Entrevistador: Já aconteceu alguma coisa contigo quando foi fazer visitas?

Entrevistado: Precisei correr. MED 05

As condições de saúde da população e a fragilidade do sistema de proteção social em algumas áreas urbanas revelam as péssimas condições de vida. Mortalidade infantil, epidemias e diferentes situações sanitárias deflagram as suas condições de saúde e as vulnerabilidades destas populações. Em outra música o sambista Zé Keti revela as dificuldades existentes ao acesso ao cuidado médico em determinados territórios. Vejamos a letra: “*Acender as velas. Já é profissão. Quando não tem samba. Tem desilusão. É mais um coração. Que deixa de bater. Um anjo vai pro céu. Deus me perdoe. Mas vou dizer. O doutor chegou tarde demais. Porque no morro. Não tem automóvel pra subir. Não tem telefone pra chamar. E não tem beleza pra se ver. E a gente morre sem querer morrer*”. Viva e deixe morrer!

Se não tivesse os médicos pelo SUS como é que eu iria pagar? Temos que ficar contente por ter médicos no posto. USU 05

Direito à saúde e acesso ao cuidado médico são temas transversais. Se os cidadãos brasileiros têm o direito constitucional da garantia à saúde, por que “*temos que ficar contentes por ter médicos no posto*”, como se isso fosse uma caridade? Se, até a década de 1980, somente os trabalhadores com registro em carteira de trabalho tinham a garantia de acesso, enquanto os demais “não trabalhadores” deveriam pagar ou esperar por algum tipo de iniciativa filantrópica, porque na década de 2010 persiste a noção de que saúde não é percebida como parte da Seguridade Social, como previsto na Constituição Federal? Ainda somos herdeiros de um modelo de assistencialismo médico de séculos passados? Trata-se de um fazer-poder, estruturado no servir e obedecer, como se o direito à saúde se constitui em uma lógica de caridade (“*como é que eu iria pagar?*”), reforçando uma passividade sobre o cuidado de si, mantendo a estratificação social predatória e indigna.

Se, no século XXI, ainda temos defasagem de médicos em determinadas regiões do Brasil, como, nos dois municípios de investigação desta pesquisa, podemos imaginar os vazios existentes no modelo anterior ao SUS e a multiplicidade de situações que a população pobre deve enfrentar para acessar a assistência médica? Quantas famílias tiveram que mudar de cidades para ter acesso ao cuidado médico em determinadas regiões? Quantas pessoas tiveram que implorar, roubar, brigar e desconsiderar tudo que tinham como certeza

para cuidar daqueles que amavam? Ainda que os sistemas privados já coabitassem com o público nas ofertas de saúde, o mercado médico possibilita em diferentes medidas modos de organizações de “prestação” de serviços.

A constatação das lacunas do cuidado médico em determinadas regiões do Brasil, mesmo em cidades como Florianópolis e Joinville, curiosamente com IDHMs entre os melhores do país, denuncia a influência macropolítica do PMM. A estratégia do PMM, a partir de 2013, para enfrentar o déficit de “trabalhadores médicos” na oferta de atenção à população brasileira colabora para a redução dos problemas e queixas comuns no atendimento à demanda na APS. Tal estratégia também obriga a constituição de um mecanismo de cidadania, na medida em que os usuários do SUS têm o direito ao acesso aos cuidados médicos e passam a perceber melhor que seu direito, garantido no texto constitucional, provém do fato mesmo de ser cidadão e de sua contribuição indireta para a garantia desse direito através dos tributos que recolhe para os cofres públicos.

Eu acho que a população não tem muito conhecimento da realidade, de leis, de muitas coisas que precisam. São mais enganados. Recebo pacientes com acidente de trabalho que deveriam ser encaminhados para o INSS e eles não sabem o que é isso, não conhecem. Não sabem que com essa doença podem ter um salário. Ficam doentes e eu dou atestado e eles dizem que o chefe vai demitir. A empresa não pode, porque a doença está justificada. Tem que aumentar o conhecimento. MED 07

A defesa dos direitos pelos usuários é uma estratégia no empoderamento do cidadão. Uma população sem o amplo conhecimento dos sentidos de seus direitos adquiridos, além de desconhecer o seu processo histórico dos movimentos de luta, reduz sua condição de conquista de seus interesses.

O atestado médico, no exemplo citado pelo entrevistado, não deixa de ter um duplo sentido. Primeiro, como um instrumento de garantia de direitos quando utilizado para justificar a impossibilidade da realização das atividades do labor. O médico, ao colaborar no cuidado e na preservação do direito do usuário, garantindo o afastamento do trabalho, delimita a prioritária defesa da saúde e da vida. Ao esclarecer e

transmitir conhecimentos e saberes sobre direitos assegurados, pode contribuir para o reposicionamento dos usuários no enfrentamento das situações vivenciadas no dia a dia, inclusive respondendo ao sistema e organização do trabalho com as próprias práticas e tecnologias das instituições.

Segundo, como um instrumento de submissão pessoal à autoridade institucional do trabalho médico, podendo servir de interdição para determinadas ações, uma caracterização pelo poder pastoral de obediência, de aceitação da conduta sugerida pelo médico.

Assim, dentro dessa característica de tecnologia de poder, enquanto uma enuncia uma aceitação autoritária em matéria de verdade sobre o conhecimento que explica quem é e o que pode ser o outro, a outra enuncia uma prescrição que enfrenta o próprio sistema de organização do trabalho, para, ainda que limitado, o cuidado do indivíduo que adoece. São duas faces integrantes da produção de vínculo, e ambas atreladas ao que estamos identificando como tecnologias de poder.

Ao que parece, o usuário compreende que a garantia de seus direitos está fora de si, ou nas mãos das decisões políticas tomadas pelos governantes e/ou nas decisões individuais dos médicos para atenderem à população.

Eu acho que foi obra divina, coisa de Deus, é o bem da humanidade. Através desse programa ela [médica] foi convocada e aceitou. Porque acho que só pelo dinheiro, porque eles ganham um pouco mais que lá, ela não ia deixar a família, o conforto dela lá para atuar aqui. Deixar as coisas dela para atender um povo que ela nem conhece. Se não existisse um pouco de amor não ia funcionar. Ia estar aqui, mas ficaria angustiada, amargurada e isso ia refletir nos pacientes. Ia atender mal, ser estúpida, grossa...USU 01

O usuário considera a posição do médico a partir do princípio de intervenção “divina” e por “amor”, no qual o deslocamento para a assistência a pessoas de outros países indicaria uma ação para “o bem da humanidade”. Além disso, supõe-se que os ganhos financeiros não seriam motivo suficiente para deixar sua família em seu país de origem. Transparece que o posicionamento do usuário fica atrelado à lógica da “caridade”. Caponi (2000), ao analisar as práticas e estratégias de

assistência médica, da Lei dos Pobres à medicalização da família, mostra a continuidade de políticas assistencialistas fundadas em uma ética compassiva, uma “ética da compaixão”, com fortes traços de utilitarismo.

Na perspectiva de uma ética da compaixão, sua força se expressaria na atitude piedosa, representada na coerção do poder de um sujeito sobre outro que nada teria, os “ajudados” apareceriam como carentes de algo, incapazes de conquistar o suprimento de suas necessidades e “aprisionados” na benfeitoria do outro. Além disso, num “estado permanente de gratidão” (CAPONI, 2000, p. 20). Nesse sentido, as estratégias compassivas e disciplinares anulariam os vínculos solidários.

A solidariedade precisa, para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer nem o olhar piedoso, nem o isolamento: ela exige poder inserir-se em uma *rede de vínculos* em que seja reconhecida como um igual em orgulho e dignidade (CAPONI, 2000, p. 95, grifo nosso).

Os médicos cubanos, nos municípios investigados, reconhecem a responsabilidade de suas práticas junto aos usuários? Esses médicos na relação com os usuários conseguem estabelecer uma produção de vínculos solidários? Um médico cubano entrevistado menciona um fato marcante durante o processo de atuação junto à comunidade e equipe: a festa de retorno após recesso em Cuba. A comemoração de seu regresso para o médico indica a valorização de seu trabalho e sua rede de vínculos junto à comunidade, conforme relato abaixo:

Eu te asseguro que se você perguntar para qualquer um daqui se querem que eu saia, eles vão dizer que não. Saí de férias e eles acharam que eu não ia retornar. Fizeram uma despedida que não vou esquecer. E quando retornei a festa foi melhor ainda porque eles acharam que eu não ia voltar por causa da minha família. Sei que gostam de mim. Eles começaram a reclamar da outra doutora, da brasileira. Tive que conversar e dizer que não vim substituí-la, que somos uma

equipe. Eles chegam para agendar e pedem a cubana. MED 08

Passemos ao discurso do próprio médico na procura de compreender e relacionar elementos da sua inserção no Programa e seu trabalho como médico em seu país de origem.

Entrevistado: Em meu país, a cada vez em que entro de férias e volto, eles [usuários] não querem que regresse ao outro país. Por que moro dentro da população, são meus vizinhos, meus pacientes e meus amigos. Dá mais confiança para falar com eles. E alcançar muitas coisas, porque em Cuba é assim... O médico vive onde trabalha.

Entrevistador: E, isso é confortável ou não?

Entrevistado: 50%. Metade-metade. É bom porque engrandece o desenvolvimento do trabalho, mas a parte pessoal às vezes é bem difícil, porque batem na porta toda hora. Ai está a sensibilidade da pessoa. Pode ser que tenha médicos que dizem 'não' e há médicos que atuam e assumem, até para uma receita. Tem pessoas que trabalham e chegam do trabalho às 18 horas e o consultório está fechado. E, mesmo assim, querem o remédio, pois não encontraram a farmácia aberta. Tocam na porta, na privacidade do médico e ficam pedindo. Tem um pouco de tudo nessa parte. Um pouco difícil!

Entrevistador: Imagino! Como separar a vida pública da vida privada?

Entrevistado: É difícil! Mas, usamos o diálogo. Sempre tratando de educar a população. Digo: 'trabalho até essa hora, se necessita de uma receita, peça que venha amanhã'. Mas, as pessoas querem resolver tudo no mesmo dia. É costume de todo ser humano. Há que separar a vida profissional da vida privada.

Entrevistador: Como se faz isso?

Entrevistado: Paciência, paciência, paciência [suspiro] e solidariedade. Nós nos formamos assim, com solidariedade. MED 06

Em Cuba, a partir de 1984 iniciou-se a concepção de atenção à saúde da população com a introdução do médico de família que viveria e trabalharia no contexto da comunidade, em espaços cedidos pela própria comunidade ou pelos “*comités de defensa de la revolución (CDR)*”, com uma proporção de 600 habitantes para cada médico, formando assim especialista em “Medicina Geral Integral” (SÁNCHEZ SANTOS, 2001), como são conhecidos dos médicos desta especialidade em Cuba. De acordo com Sánchez Santos (2001), o trabalho realizado pelo médico de família não pode ser enquadrado em horários e esquemas rígidos e inflexíveis, por isso, em um dos dias da semana é trabalhado das 17 às 21 horas para facilitar o acesso, principalmente aos trabalhadores e estudantes com consultas programadas.

O médico entrevistado sinaliza que o cenário ideal para a produção de vínculo seria o mais próximo do experimentado em Cuba, onde: “*O médico vive onde trabalha*”. O fato de o médico morar na comunidade lhe confere outra dimensão sobre o cuidado à população: “*são meus vizinhos, meus pacientes e meus amigos*”. Notadamente, essa característica ampliaria a forma de se relacionar e interferir sobre a saúde da população, traduzindo inclusive a produção de vínculos que extrapolam a relação médico-usuário no aparato institucional dos serviços de saúde.

De tal modo, os pressupostos do “código de honra” dos médicos de família cubanos trazem noções de um trabalho que se desenvolve em campo, que necessita de “amizade” e de “confiança” entre médico e população (SÁNCHEZ SANTOS, 2001). Poder-se-ia dizer que se trata de um encontro entre iguais, um dos elementos fundamentais na solidariedade. Sintes (2008) ainda destaca que o médico de família cubano, seguindo os princípios da ética médica, deve cuidar de sua aparência pessoal, tanto física como de vestimenta, evitando extravagâncias, manter estudos constantes para atualização técnica e realizar seu trabalho com “carinho” e “dedicação” para ter reconhecimento da população. O ideário da MGI está atravessado pelo do médico que possa defender “a pátria”, “a revolução”, “o socialismo” e “a Fidel”, conforme o prólogo da obra organizada por Roberto Álvarez Sintes. Para o entrevistado, “*paciência e solidariedade*” revela um modo de operar a prática médica dos cubanos especialistas em MGI a partir do componente da “formação solidária”.

São médicos estrangeiros que tiveram uma base e a gente nota isso na consulta, porque eles

entendem o problema. Como a maioria era cubano, vindos de um país comunista, a gente tinha expectativa. Mas com essa abertura, com as consultas que já tivemos, com as conversas com a médica, a dúvida que nós tínhamos não tinha cabimento. USU 07

A formação médica é a tônica nos debates da qualificação profissional dos médicos cubanos. No questionamento da “qualidade” médica dos trabalhadores em atuação dentro do sistema público brasileiro, um fator implícito que pode ser considerado baseia-se justamente na própria noção e relação estabelecida com Cuba. Por tratar-se de um país com regime comunista unipartidário, desde a Revolução Cubana, em 1959, portanto, um país na “contramão” do número majoritário de países com o modo de produção capitalista, alicerçados num sistema econômico focado no processo de acumulação de capital, no qual a saúde é traduzida como uma “mercadoria” e um “produto” de muito valor agregado, especialmente no campo da educação e da atuação médica, a perspectiva cubana de uma medicina social realiza um contraponto a essa lógica, orientando-se pela necessidade de incluir o conjunto de fatores sociais e biológicos que determinam o processo saúde-doença.

Assim, um país que “exporta mão de obra” para outros países, especialmente, uma mão de obra dotada de competências como a da medicina, pode causar “desconfianças” em parte da população do país demandante de ajuda e, ao mesmo tempo, “desconfortos” no âmbito das entidades médicas desses países, como no caso do Brasil. Trata-se indiretamente de “desacomodar” uma parcela do mercado de trabalho médico com garantias de altas remunerações, sem necessariamente a “qualificação” de titulação acadêmica para atuação.

Aqui há uma especificidade do médico cubano que precisa ser valorizada quando se estabelece o liame entre produção de vínculo entre médico e usuário e o modelo cubano de encarar a medicina como uma prática técnica e social pautada pelo signo da solidariedade e não da acumulação capitalista que a torna mercadoria. Médicos cubanos, por serem originários de um país cujo sistema econômico não vincula ações do setor social ao mercado, consideram direitos fundamentais, como saúde e educação, próprios da existência humana sob a tutoria do Estado, deslocando o mercado para outros setores produtivos.

O provimento de médicos cubanos no Brasil, além de permitir o acesso à assistência médica para a população, introduz dois outros elementos estabelecidos no encontro entre médicos cubanos e usuários do SUS com a perspectiva ampliada da interação das atividades desenvolvidas na dimensão serviço, comunidade e município: a) formação médica e b) mercado de trabalho.

A questão da formação médica especializada no modelo de atenção à saúde reflete o forte investimento na educação médica em Cuba, sobretudo, do enfoque da medicina na comunidade. Os médicos cubanos são formados essencialmente na lógica da medicina integral, ou seja, médicos especialistas no cuidado de pessoas, de famílias e de comunidade no contexto da APS e capazes de serem resolutivos, integrando ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, realizando diagnósticos precoces e evitando intervenções desnecessárias e com altos custos para o sistema público.

Se você quer, por exemplo, fazer cirurgia [especialidade médica], tem que apresentar um currículo, fazer uma prova. Agora, em Cuba, todos os médicos que se formam têm que fazer Medicina Geral Integral. MED 12

O impulso à formação médica voltada para um modelo de atenção à saúde privilegiando os princípios da APS levou Cuba a “exportar” sua mão de obra. A especialidade médica, atenta às situações, condições de saúde e desigualdades existentes na população, forçaram a constituição de um currículo voltado para as suas necessidades. Conforme Sintés (2008), o sistema de formação do especialista em “*medicina general integral*” em Cuba estrutura-se a partir de duas partes relacionadas: aspectos profissionais e político-ideológicos. Dentro desses aspectos profissionais o especialista deve cumprir quatro funções: 1) atenção integral à saúde; 2) gerencial ou administrativa; 3) docente-educativa e 4) investigativa. Os aspectos político-ideológicos estão relacionados aos valores, concepções e sistema de atitudes destes profissionais.

Este especialista tiene que tener una actuación consecuente con las crecientes necesidades de salud de la población que atiende. Ha de estar preparado para la defensa del país, así como para prestar servicios, tanto dentro del territorio

nacional como fuera de este (SINTES, 2008, p. 648).

O médico cubano experimenta um processo formativo influenciado por práticas de saúde imbuídas de caráter social e relacionando dimensões técnicas, políticas e ideológicas. Ao mesmo tempo, a integração entre ensino, serviço e comunidade ocasiona uma formação integrada.

O desenvolvimento social e a revolução científico-técnica determinam uma mudança radical no conceito de medicina, estendendo-a do individual para o coletivo, das ciências biológicas para as ciências sociais, do geral para a especialidade e do indivíduo para a família e a comunidade, e o que é mais importante, da medicina da enfermidade área a medicina da saúde (CEBES, 1984, p. 213).

A dimensão política e ideológica da formação de médicos no Brasil está manifesta implicitamente na questão educacional médica. Se a formação e os conteúdos estão desconectados da realidade, se a abordagem é tecnicista, se a ausência de problematização e de interdisciplinaridade, se a formação superespecializada dos professores, se se reduz o entendimento da saúde e da doença em sua totalidade, conforme Cutolo (2001), a influência da concepção biologicista hegemônica baliza as estratégias educacionais. Logo, as determinações sociais da produção de saúde acabam em segundo plano.

Conforme as hipóteses do usuário entrevistado, a formação médica difere entre Cuba e Brasil. O pressuposto de uma educação cubana “rígida” e que procura “*saber porque cada problema existe*”, indiretamente se pronuncia, diferentemente da educação médica brasileira, como uma atitude sem reduzir o indivíduo a sua doença: “*não é só dizer que é colesterol e tem que tomar tal remédio*”. Na entrevista o usuário diz:

Eu não sei se ela tem uma formação no país mais adequada, a formação lá é mais exigente que a do médico brasileiro. Talvez, o médico brasileiro estude, mas a formação não é tão rígida quanto lá. Lá a pessoa tem que realmente passar nos

testes e saber porque cada problema existe. Não é só dizer que é colesterol e tem que tomar tal remédio. Não consultei só aqui, consultei em outros hospitais por aqui e sempre foi a mesma coisa. Só aqui com a médica cubana que ela foi além do problema para descobrir sua origem porque estou há seis anos com colesterol e triglicérides alto, se eu tomo a medicação direitinha, mas se parar em um mês já eleva novamente. Por isso que ela foi além do problema, porque ela quis descobrir por que isso estava acontecendo. USU 12

A justificativa de que o médico cubano “foi além” seria porque ele transcende o “problema”, isto é, ele não está somente interessado em sinais e sintomas. A fala parece sugerir que o médico cubano consegue explicar o porquê de se cuidar, em vez de dizer, cuide-se. Há uma tentativa de empoderamento do usuário sobre si, compartilhando saberes para que decida com consciência e responsabilidade por qual caminho ou opção deseja seguir, assumindo os danos e ganhos de sua decisão.

A outra questão na perspectiva ampliada da interação das atividades desenvolvidas na dimensão serviço, comunidade e município está na implicação indireta no mercado de trabalho com a participação dos médicos cubanos no sistema de saúde brasileiro. A participação cubana, como um elemento para a modificação das atividades profissionais no setor público de trabalhadores médicos, vincula carga horária e remuneração de acordo com as demandas e características dos locais de inserção (eSFs), fortalecendo os princípios da APS com a garantia das atribuições e funcionamento da atenção básica no Brasil.

Ouvi que são os médicos que entram no Brasil pela falta de médico brasileiro. Porque os médicos brasileiros eles se formam e vêm no posto, mas não leva dois ou três meses eles pegam uma prática e vão para os consultórios deles, abandonando o posto. Não sei se pelo valor que eles ganham, que é pago para eles. O médico cubano não. Ele vem e o que é pago para ele está satisfatório. O médico cubano é mais humanitário. Ele chega e atende a gente, faz perguntas, mede pressão e não apenas olham e dão uma receita. Ele pergunta, não tem pressa

para atender, analisa a pessoa, o problema da pessoa e quer descobrir por que a pessoa está sofrendo aquele problema. USU 12

Os médicos brasileiros, para o usuário, utilizam os serviços de saúde como espaço para adquirir experiência, não como um “lugar fim”, hipoteticamente, porque a remuneração no serviço público seria insuficiente. Por outro lado, a vinda dos cubanos – estrangeiros, de outra língua, muitos negros e pobres – desmistifica um pouco essa aura do médico liberal bem-sucedido. Primeiro, os médicos cubanos do PMM, para o usuário, não estão insatisfeitos com seus ganhos financeiros. Segundo, o usuário julga ser importante aquele médico que pergunta, analisa e quer saber, ou seja, centrado na pessoa. Esse modo de fazer é perceptível na fala quando o usuário percebe que o médico lhe oferece tempo e interesse sobre as questões que estão lhe afligindo.

O médico entrevistado assinala a formação como um diferencial para o desenvolvimento de seu exercício profissional.

O problema também é que a minha formação é muito diferente da formação brasileira. Somos médicos, mas também somos humanos, não quero dizer com isso que os demais não são humanos entende? Mas o que quero falar é que somos mais solidários. MED 04

A educação médica cubana está influenciada por fundamentos da “Pedagogia Socialista” e da filosofia marxista-leninista, uma formação para preparar homens e mulheres política e ideologicamente, combinando saber científico e técnico (CEBES, 1984).

É necessário projetar, como se está realizando, a formação médica e do especialista em direção à comunidade, dando-lhes os conhecimentos, motivações e habilidades necessárias para atender nosso povo com uma atitude integracionista, social e humana, de maneira a criar um vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade em todos os níveis de atendimento, com atividades preventivo-curativas e sociais de melhor qualidade científica (CEBES, 1984, p. 213).

Não se trata de afirmar que essa formação dos profissionais de saúde cubanos seja “melhor” ou “pior” do que o sistema nacional de educação superior no Brasil. Afinal, são países diferentes com organizações e histórias distintas.

O reflexo do nosso trabalho é a opinião do usuário. Sempre falei que escolhi minha profissão para tratar o paciente como um familiar meu e gostaria que ninguém fosse maltratado. Pelo menos quando acaba a consulta tem que estar satisfeito de conhecimento. Vejo que eles gostam de mim porque se preocupam por quanto tempo vou ficar, reclamam que três anos é pouco tempo, dizem que gostam de mim. MED 06

A afirmação do médico como parte da família pode ser compreendida como uma postura, um entendimento ético. Ao introduzir-se na profundidade dos laços familiares, o médico adentra nas belezas e mazelas de suas dinâmicas. Embrenhando-se, o conhecimento transmitido constitui um saber, logo, uma confiança e, conseqüentemente, um cuidado, uma maneira de proteger quem é íntimo. O tempo de envolvimento permite conhecer e reconhecer as histórias de pessoas, suas biografias, diminuindo as barreiras, ao mesmo tempo, ampliando a responsabilidade. Além disso, o médico entrevistado assinala a questão do tema da longitudinalidade dentro do PMM. Considerando o contrato de duração de três anos, o médico julga a satisfação dos usuários com seu trabalho pela expressão de preocupação destes com a sua permanência na unidade de saúde.

Entre os desafios na produção de vínculo com médico cubano, a avaliação da comunidade é um fator que colabora para a construção da confiança da relação. Conforme o usuário:

Na primeira consulta com a médica eu não vou dizer que gostei dela, foi péssimo, não entendi nada. Ela me pediu exames e nem retornei porque não entendi nada do que ela me falou. Aí algumas pessoas me disseram que ela já estava falando melhor o português. Faz uns dois ou três meses que consultei novamente com ela e gostei muito. Mudei totalmente minha forma de pensar. USU 06

A aceitação da comunidade é um fator importante para a garantia da continuidade do cuidado em saúde. Os acordos e combinações comunitárias podem colaborar no modo como o médico pode se articular dentro do território. Nem sempre estes acordos são realizados de forma consciente e organizada, podendo ser transmitido por meio do “boca a boca” e da comunicação entre famílias que já experimentaram os cuidados ofertados, indicando a possibilidade de outros participantes da comunidade acessarem o médico.

Em primeiro lugar eles não querem ficar sem médico no posto. Em segundo, eles sentem confiança em mim e não querem perder isso. Eles falam que não querem outro médico, que estão acostumados comigo, que se sentem bem e não querem mudar. A mudança é sempre difícil para o ser humano, mesmo que seja para o bem. Acho que tem a ver com isso, mas eles também ficam com medo de perder o médico, que já está estabelecido o serviço. MED 10

Entre as preocupações dos usuários, segundo o médico entrevistado, a ausência do médico se destaca. Ao mesmo tempo em que consiste em perder o acesso ao cuidado (“ficar sem médico”), também desperta o medo de perder a confiança estabelecida na relação (“se sentem bem e não querem mudar”). O usuário indagado sobre a possibilidade de trocar de médico, afirma:

Não, deixa o meu cubano ali que está bom. USU 13

O usuário parece se revelar ao expressar o seu desejo na continuidade do cuidado recebido pelo médico, inclusive, pronunciando: “o meu cubano”. Esse vínculo funciona como implicação significativa do suporte e aceitação das intervenções diretas e indiretas do médico.

6.4 A evidência como transitória verdade

*Vida, alguma coisa acontece
Morte, alguma coisa pode acontecer
Que o mel é doce, é coisa de que me nego afirmar
Mas que parece doce, isso eu afirmo plenamente*

Faça, Fuse, Force – Raul Seixas

No século XXI, a medicina ocidental está cada vez mais comprometida com investigações de novos conhecimentos, sobretudo as melhores evidências, assumindo uma crescente função de eliminar as incertezas e constituir outras verdades. Incentivos financeiros de grandes corporações investem no avanço de novas tecnologias e na procura de resultados para beneficiar as populações. Contudo, é inegável uma conexão com interesses de mercado, na construção de saberes (produtos, serviços, manuais de orientação etc.) e respostas às demandas de potencial consumo. Em 2009, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou um Manual de Orientação para médicos sobre a Avaliação Nutricional da criança e do adolescente, chamando atenção nas primeiras páginas o agradecimento da sociedade médica à “Nestlé Nutrition” pelo apoio a realização do manual⁵⁹.

De modo geral, a medicina moderna criou uma dependência do usuário em relação ao médico, pois representa a ciência detentora do saber sobre a vida e o sofrimento (GAUDENZI; ORTEGA, 2012), embora, esses dois objetos, assim como outros (homem, saúde e cura) não sejam profundamente problematizadas na medicina (CAMARGO JR., 1992). Porque ela não engendrou a dependência sozinha. Teve de proceder alianças para afirmar seu poder político e social.

A racionalidade científica da medicina ocidental alicerçada, predominantemente, no modelo biomédico parte da premissa de que as patologias individuais e coletivas necessitam ser diagnosticadas e curadas a partir da concepção biológico-orgânica de doença, conforme apontamos em outros momentos. O diagnóstico é visto como a “ciência” do ato médico – a certeza – enquanto a terapêutica como a “arte” acessória do médico – a incerteza. O trabalho “nobre” é diagnosticar a enfermidade e, posteriormente, surgirá a determinação terapêutica, na qual estariam manifestos os vínculos. Ao mesmo tempo, conforme Schraiber (2008), vivencia-se uma crise em relação aos vínculos de confiança existentes da medicina.

Uma das consequências desta racionalidade se caracteriza pela produção de evidências transitórias de verdades e a utilização de

⁵⁹ Este Manual pode ser acessado em:
<<http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>>.

ferramentas tecnológicas duras e leve-duras, em detrimento das ferramentas tecnológicas leves da prática clínica.

Para Merhy (2000), nas tecnologias duras estão processos e procedimentos que consomem a tecnologia por imagem, por equipamentos, por exames laboratoriais, entre outros, de um “trabalho morto” das máquinas, enquanto noutro lado encontram-se as tecnologias leves, através das quais o médico pode produzir um “trabalho vivo” por meio de seus saberes. Merhy (2000) propõe três tipos de valises médicas na atuação com o usuário: 1) a mão – tudo aquilo que alcança (estetoscópio, endoscópio etc.); 2) a cabeça – os saberes estruturados (clínica e epidemiologia) e 3) o espaço relacional entre trabalhador e usuário – materialização em ato da produção da relação entre dois sujeitos.

O encontro entre médico e usuário pode estabelecer sentidos e modos de se relacionar entre si, a partir das ferramentas tecnológicas em saúde. De tal modo, essa relação se estabelece e se conecta por elementos visíveis e invisíveis, ora projetados em determinada parte ou acessíveis à vista, ora nas condições não perceptíveis a olho nu, mas que não deixam de acontecer no cotidiano dos serviços de saúde e agentes envolvidos. O vínculo é um destes elementos visíveis e invisíveis que movimentam a relação entre médico e usuário.

Nessa dimensão do trabalho vivo, a prática médica enfrenta tensão e intensidade aberta às disputas e capturas das diversas lógicas (sociais, econômicas, culturais) na produção de ações de saúde no contato com o usuário. Vejamos a seguir a forma como o médico cubano age dentro da sua racionalidade:

Eu trato bem a todos. Chamo, examino. Quando o paciente chega, a primeira coisa é escutar que situação tem. Falo muito a parte da prevenção e promoção. E depois tem o exame, todo mundo quer exame, todo mundo quer check-up, ressonância, tomografia... Então no início é uma situação um pouco complexa, mas vai melhorando. Porque na primeira instância não são necessários esses exames. Se o resultado é normal, não falta. Falta se o colesterol está só um pouco alto, é só melhorar um pouco a alimentação com verduras, frutas, pouca gordura, carne. MED 03

Examinar a pessoa e solicitar exames são ações distintas na prática médica. Enquanto uma explora o corpo em busca de sinais com o uso dos sentidos (visão, audição, tato, olfato) e de ferramentas que os potencializam (estetoscópio, otoscópio etc.), a outra se utiliza de tecnologias “sobre-humanas” (raios x, emissão de pósitrons, por exemplo) para encontrar aquilo que a capacidade humana não alcança, em que pese o uso dos sentidos e outros atributos subjetivos na sua interpretação. Ambos, no entanto, têm a finalidade de auxiliar na tomada de decisões do médico, considerando as incertezas das questões diagnósticas construídas a partir de um modelo lógico e, portanto, primeiramente, reflexivas.

A justificativa mais importante para a solicitação de um exame complementar é a de redefinir a probabilidade de uma doença, ou seja, a decisão de realizar um teste pressupõe que os resultados irão modificar de forma relevante a probabilidade de a doença estar presente ou ausente (STEIN, 2012, p. 185).

O uso de exames complementares detém a influência de um discurso da racionalidade probabilística regulada na pressuposição diagnóstica de uma doença no indivíduo. Alguns tratamentos, por exemplo, já são iniciados a partir da probabilidade de existir uma doença. Essa discussão pode ser lembrada a partir da própria história do modelo anatomopatológico da medicina e da epidemiologia clínica. Não se trata aqui de negar a contribuição dos exames complementares, mas de refletir sobre a inversão da ordem do elementar, para o complementar como alusão à alteração da relação de confiança estabelecida entre médicos e usuários. Schraiber (2008) avalia que se por um lado há o empoderamento do usuário, por outro há a descrença no conhecimento do médico e uma convicção na medicina como um recurso tecnológico por si só.

O médico entrevistado revela que os usuários idealizam a prevenção de doenças a partir da convocação das tecnologias duras e leve-duras, especialmente com os pedidos de exames complementares. “*Todo mundo quer exame, todo mundo quer check-up, ressonância, tomografia*”. A demanda por rastreamentos e diagnósticos precoces são os “verdadeiros” resultados esperados (o jogo da verdade) da prática médica que interessa e tem valor ou importância ao usuário.

De acordo com os estudos de Rose (2010), o arsenal de exames de rastreamento, além de ter apelo popular, indica a procura dos indivíduos pela segurança de que não possuem nada de “incomum” e não necessariamente a descoberta de um problema oculto. “Essa popularidade indica a disseminada falta de confiança na saúde pessoal e o medo do futuro” (ROSE, 2010, p. 88). Mais uma vez, trata-se da representação de um importante benefício a ser conquistado: a garantia de uma “boa” saúde. Nesse sentido, “a saúde é um conjunto de seguranças e seguros (o que os alemães chamam de *Sicherungen*), seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro” (CANGUILHEM, 2012, p. 140).

O médico cubano nomeia uma perspectiva de contraponto à lógica do rastreamento e sinaliza uma intervenção ligada à concepção de educação em saúde. Em vez de, num primeiro momento, avaliar riscos e potenciais danos de uma possível desordem “transmitida” nos resultados de um exame, induzindo inclusive a possibilidade de uma iatrogenia clínica, recomenda um plano terapêutico aconselhando outros modos de cuidado a partir de mudanças no estilo de vida (“*é só melhorar um pouco a alimentação...*”). A terapêutica na mudança de estilos de vida, conforme Castiel, Sanz-Valero e Vasconcellos-Silva (2011), está atrelada ao discurso do ideário da promoção da saúde individual, objeto de “hiperprevenção” baseada em evidências e representante de um paradoxal discurso contra o comportamento não saudável do indivíduo.

Outras técnicas de intervenção – dietas, exercícios etc. – embora descritas nos manuais, não têm o mesmo *status* teórico que a terapêutica mais “dura”, o que pode se evidenciar pelo pouco apuro com que são prescritas, mesmo porque usualmente se supõe que os pacientes não as irão seguir (CAMARGO JR., 2005, p. 195).

Por outro lado, a prática médica obtém maior credibilidade se o médico se orientar por um saber científico (*guidelines*) sofisticado, de preferência, com testes e pesquisa “padrão-ouro” (não creio que se deve ao acaso o substantivo “ouro”) e com excelência. De tal modo, uma MBE alicerçada em um saber onisciente, isto é, no (pré)suposto de que o médico sabe o que deve procurar, o que pode achar e o que pode (de)liberar. Ora, esse médico foi treinado (por habilidades) e teve formação (por competência) para conhecer o que procura – sobretudo as

doenças “escondidas”. Contudo, pergunta-se: a tomada de decisões baseada nas evidências científicas é abordada em todas as situações do cotidiano do trabalho em saúde, especialmente na prática médica?

O volume de informações disponíveis, a eficácia e a efetividade de determinadas intervenções em saúde são atualizadas em amplo volume e frequência, o que torna ainda mais desafiante a confiança depositada no médico. De tal modo, a MBE sintetiza e aponta para a necessidade constante da procura por novos estudos, atualizações, pesquisas e intervenções (diagnósticas, preventivas e terapêuticas) e, ao mesmo tempo, induz a outro modo de produção e gestão de conhecimento e tecnologia na utilização das informações disponíveis, impondo ao médico, portanto, uma prática impossível: saber tudo sobre tudo.

Eu não posso ficar estressada, eu não posso terminar em sertralina e rivotril porque os pacientes estão constantemente pedindo. Aí, às vezes você fica estressada, mas eu sou formada na base do comportamento humano e as pessoas são assim. Eu estou preparada para isso e não tem jeito. MED 01

O trabalhador médico que “deve” estar preparado para todas as situações e condições desafiantes no seu trabalho aparenta sustentar uma prática fundamentada em sua formação, conforme o entrevistado: “*eu estou preparada para isso e não tem jeito*”. Entretanto, reconhece: “*às vezes você fica estressada*”. A saúde não está somente no corpo “regulado”. Está em um conjunto de fatores que constituem a vida, entre eles: contexto, relações afetivas, laços sociais, ações de recreação, entre outros.

Como construir mecanismos de proteção para não assumir esse processo como totalizante? Como não se “estressar” ou “levar para casa” os problemas cotidianos, diante das limitações e impotências dentro dos serviços de saúde e na realidade de vida das pessoas? Como propor uma intervenção e indicar um cuidado, se não há condições e opções para acessar meios de alcançar esse cuidado? Por exemplo, sugerir uma atividade física como uma caminhada, é viável ou faz sentido para o usuário? Há um espaço para exercer com tranquilidade a caminhada, sem obstáculos arquitetônicos e urbanísticos? Ainda, esse usuário tem acesso à alimentação e dieta balanceada? O que está

relacionado ao pedido de medicação (sertralina e rivotril), citados pelo médico?

Ao mesmo tempo, o volume de informações também possibilita ao usuário acessar conhecimentos por uma diversidade de espaços (família, amigos, mídia, plataformas virtuais, aplicativos etc.) e, de certa forma, um acesso “mais” democrático, porém, sem os filtros e avaliações do saber médico. Assim, ainda que muitos conhecimentos e algumas evidências sejam de acesso amplo, o modo como se aplica, a avaliação da qualidade das evidências, a decisão das “melhores” práticas e a concentração de determinados sentidos empregados necessita de um interlocutor/tradutor preparado com as ferramentas do conhecimento médico.

Interesses comerciais estão no controle de todo o ciclo de produção e distribuição de conhecimento médico, com sérias consequências em termos de custo e de qualidade do atendimento médicos (CAMARGO JR., 2010b, p. 46).

No campo da saúde, o discurso da objetividade tecnobiocientífica, segundo Castiel (1999), está associado à concepção de “prevenir o futuro”, no qual as pesquisas e seus resultados, dentro de um processo de conhecimento-regulação/poder, instituem a oferta e a comercialização de produtos de proteção/prevenção aos riscos. Um dos médicos cubanos apresenta algumas pistas para a compreensão da prevenção do futuro e do fenômeno contemporâneo do check-up.

Uma parte por causa da cultura e a outra parte é por causa da responsabilidade econômica. Por exemplo, tenho pacientes que mando fazer exames por causa de doença e não faz. E me parece que criou esta cultura, que o melhor médico é aquele que pede exames. A primeira coisa é escutar o paciente e a segunda é fazer os exames. Uma pessoa que tem dor de garganta, que tem febre, com secreção, é amigdalite. Então, por que fazer uma ressonância? Uma pessoa que tem uma hérnia. Você examina, apalpa e tem a lesão. Você pede um ultrassom de abdômen? Solicita um exame de urina para detectar bactéria. Não

precisa de ressonância ou tomografia do rim.
MED 03

O conhecimento médico *versus* o recurso à tecnologia armada também esclarece sobre a produção de vínculos – “o melhor médico é aquele que pede exames” – entre médico e usuário.

Por um lado, a cultura do rastreamento (*screening/check-up*), a busca do patológico que reside no assintomático, a lógica da existência do poder vir a adoecer, adquiriu visibilidade e determinou intervenções não só sobre o corpo, mas na própria relação médico-usuário caracterizada pela seletividade e nos critérios da investigação por exames do médico-cientista. Não se trata de desconsiderar as tecnologias materiais, tecnologias duras, que trouxeram contribuições para o suporte em intervenções de maior objetividade. Contudo, o desafio se torna maior quando o “fantasma” do “mau médico” está associado à ausência da solicitação de exames adicionais – esse profissional não “dá” o que o usuário quer, como veremos mais adiante. De tal modo, “esta complexa interação de conhecimentos, valores e expectativas de ambas as partes dificulta a tarefa de determinar a efetiva necessidade da intervenção” (CAMARGO JR., 2010a, p. 59).

Ao considerar o vínculo não como um procedimento, mas como uma atitude, se estabelece um estreitamento da produção de vínculos a partir de intervenções que façam pensar a relação entre médico e usuário, seus excessos, seus interesses e seus sentimentos. O fato de incluir na relação entre ambos uma reflexão sobre quem são os dois atores que se comunicam e se olham, por si só, indicaria uma força opositora à medicalização da vida.

No âmbito macropolítico de discussão da medicalização, Camargo Jr. (2010b) destaca dois aspectos fundamentais: 1) a interferência dominante da lógica comercial da área da saúde induzida pelo complexo médico-industrial e 2) o poder de intervenção neste mercado específico de alguns atores. Portanto, o consumo de exames, assim como outros serviços, está relacionado à “manipulação do conhecimento como estratégia mercadológica” (CAMARGO JR., 2010a, p. 62), ou seja, o ator que representa a “ciência” e o outro que deseja consumir “ciência” estão conectados pelo conhecimento que circula na cultura.

Parte da articulação entre medicina e sociedade parece-nos envolver algumas categorias em seu interior: cuidado, mercado, evidência e verdade. Da medicina para o cuidado e do cuidado para a

medicina podem existir aproximações, porém as duas expressões não são necessariamente sinônimas. Do mesmo modo, da evidência para a verdade e da verdade para a evidência. No geral, a prática médica não opera o cuidado, mas condições do cuidado. Historicamente, a medicina foi constituída para tratar a doença instalada no corpo – leia-se proceder à remoção da doença, vista com o olhar do médico e da medicina. De outro modo, o cuidado implicaria outras aproximações, outras maneiras de vinculações que não estão incorporadas no cotidiano do ato médico, assim como de outros trabalhadores envolvidos com a saúde, em que pese muitos discursos contrários. O cuidado, além de envolver uma relação entre duas pessoas, refere-se à prática do cuidado de si, no produzir saúde.

A clínica e o cuidado em medicina ocupam-se da responsabilidade de tomar decisões difíceis, em que pese os “riscos” envolvidos e a necessidade de se basear nas melhores evidências. Quantas evidências embasam uma conclusão na prática clínica? Quantos estudos são necessários para um delineamento robusto? Se predomina a lógica da evidência científica acima da experiência pessoal, de qual verdade se fala, já que o delineamento e as medidas são definidos por grupos de pessoas ou estudos?

A singularização da relação ou a dimensão da “singularização do ato”, como afirma Schraiber (2008), induziria a uma técnica criativa, com especificidades em cada intervenção, por isso a necessidade ser valorizada. “O médico não se limita à aplicação pura e simples da ciência, mas, ao contrário, segue envolvendo elementos subjetivos em seu julgamento clínico e em sua decisão terapêutica” (SCHRAIBER, 2008, p. 213). A mesma técnica e intervenção dita “segura”, “correta” e “precisa” preestabelecida pela ciência estaria assinalada pelo risco, pela incerteza e pela dúvida da qual o médico poderia assumir. O acúmulo de experiências e situações análogas serviria para o médico tomar suas decisões em determinados momentos. Para a autora, o produto da experiência pessoal do profissional guiaria uma ação criativa e a tomada de decisão original.

Ao mesmo tempo, considera Schraiber (2008), a responsabilidade do ato é acompanhada com a liberdade de criar, uma vez que a aplicação do conhecimento científico é submetida ao crivo do caso, visto que o caso aponta a particularidade de cada situação examinada. A medicina muitas vezes é vista como uma prática segura por conta da tecnologia científica, e mesmo com as incertezas e riscos, os médicos assumem uma posição de segurança.

A clínica biomédica se constitui como uma atividade em grande parte interpretativa, que usa a ciência e se fundamenta no julgamento racional (mas, também intuitivo) para conhecer e tratar pacientes. [...] As propostas de refinamento trazidas por vários expedientes propostos pelos campos de saber como a epidemiologia clínica, a medicina baseada em evidências, a meta-análise, os algoritmos de inteligência artificial e o aperfeiçoamento de tecnologias diagnósticas pretendem diminuir o grau de incerteza que paira no fazer médico. Ainda assim, estão longe de reduzi-lo a níveis seguros. E, talvez inadvertidamente, exacerbem a incômoda faceta tecnicista do *métier* ao mimetizarem a tradição ocidental dos ‘avanços’ tecnológicos representarem a idéia evidenciável do que seja ‘progresso’ (CASTIEL, 1999, p. 147-8).

Sob determinados aspectos a técnica conferiria um suposto caminho seguro, ou seja, um percurso previamente estabelecido, um protocolo a ser seguido, uma medida a ser adotada e que em si encontraria a mediação com o indivíduo que sofre e o médico que cura. Trata-se, sobretudo, do julgamento médico com suas dimensões interpretativas no uso da técnica como expressão da evidência.

A permanente busca por soluções de problemas ainda inexistentes está identificada na resposta da ciência encarada como salvação, especialmente nas tecnologias da medicina, e notadamente na valorização dos recursos tecnológicos médicos para o tratamento de doenças e desordens. O médico, sob este prisma, equivaleria ao acesso ao “sistema científico” e à consumação de procedimentos (exames, diagnósticos, quimioprofilaxias, tratamento etc.).

O discurso tecnobiocientífico teria como desafio a aplicabilidade do número de estudos e artigos publicados dentro do universo de informações, dados de pesquisas e a redução das incertezas para difundir, por exemplo, as melhores evidências de um tipo de rastreamento na prática clínica. Contudo, a MBE normatiza uma situação individual, a partir de um modo geral probabilístico de se pensar o cuidado com o usuário. Na relação médico-usuário, a premissa do rastreamento pode solidificar, a partir da justificativa da cientificidade, uma relação de dominação, à semelhança do poder

pastoral ao qual aludimos anteriormente. Se o valor na detecção da doença é algo estimado não só pela medicina como também pela própria população, utilizar medidas profiláticas para impedir determinados contágios e epidemias induz a segurança do futuro. Portanto, melhor prevenir do que remediar ou remediar se tornou prevenir?

*Eu acho que meu maior trabalho é prevenir. A prevenção vem do cuidado. Prevenir para que não tenham doenças, prevenir que essas doenças possam interferir em seu jeito e a questão de que essas doenças compliquem a vida do paciente, porque meu maior dever é cuidar e prevenir.
MED 04*

Jamouille e Gusso (2012) apontam o conceito de prevenção na medicina como recente em sua história e consideram que a causa do superdesenvolvimento do conceito está relacionada ao uso extensivo da noção de diagnóstico. Em nome da prevenção e administração dos riscos, toda a população é candidata a utilizar remédios e aos diagnósticos laboratoriais.

Mesmo sendo persuadidos de que um *check-up* em uma pessoa saudável é algo que não faz sentido, de um ponto de vista médico, como lidar com um paciente e com um médico persistentes, que atribuem alto valor à detecção de doenças insidiosas, na ausência de provas da eficácia de tal atividade? Como evitar prescrições subsequentes de novos fármacos, caros e similares a outros já existentes, por um especialista? Como evitar cair nas armadilhas da medicina defensiva ou da indústria farmacêutica, que precisa dos médicos de família? Como saber se um processo em particular, seja em qual for o campo (primário, secundário ou terciário), é baseado em conhecimento científico? (JAMOUILLE; GUSSO, 2012, p. 209).

Uma possível resposta, de acordo com o discurso da MFC, estaria na prevenção quaternária. Esta pode ser compreendida como um subproduto de relacionamentos, capaz de questionar e identificar formas permanentes de compreender os limites do trabalho do médico. A lógica

de utilizar a prevenção quaternária na prática da MFC está relacionada a uma atitude e leitura reflexiva da própria MBE, criando uma medicina “protetora”, com o objetivo de evitar uma prática danosa, ainda que esteja respaldada e recomendada por determinadas entidades médicas e protocolos clínicos. Trata-se de uma perspectiva de alterar na prática clínica o próprio questionamento sobre o que é fundamento científico, evitando ser capturada pelas estratégias do poder econômico na condução do cuidado.

Aqui nós fazemos mais a atenção clínica que preventiva. Fazemos prevenção, controle de cada paciente, o tratamento, o que tem que fazer para evitar complicações das doenças crônicas como diabetes, hipertensão. Aqui tem muito diabético e hipertenso e a consequência disso é a grande quantidade de AVC. Muitos pacientes com infarto e pacientes jovens. A gente faz o controle, fala como controlar e esse paciente vai se cuidando. Essa é uma parte da atenção primária. MED 11

Segundo Cardoso (2014), a própria ESF pode ser uma estratégia para a medicalização, pois abarca práticas de saúde com graus de normatização do comportamento dos indivíduos, das famílias e da comunidade. Se por um lado pode agenciar mudanças nos estilos de vida e nos indicadores de saúde, por outro tende a promover a subjugação da autonomia dos usuários ao enfrentarem seu processo de adoecimento e de saúde, distingue a pesquisadora. Portanto, paradoxalmente os serviços de saúde produziram intervenções iatrogênicas e contraprodutivas ao tentarem produzir um cuidado integral. O reconhecimento das contradições e limites do saber-fazer dos profissionais de saúde, inclusive do próprio MFC, não responde à perspectiva de quais caminhos podem ser adotados para enfrentar o cenário complexo do adoecer e da saúde na contemporaneidade, mas lança outros desafios no fazer em saúde.

O enfrentamento da medicalização na APS apresenta algumas estratégias, tais como: a Clínica Ampliada (CAMPOS, 2003b), o Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART et al., 2010) e a Prevenção Quaternária (JAMOULLE; GUSSO, 2012). Ainda que todas procurem uma reforma do trabalho em saúde, propondo uma análise da intervenção no processo saúde-doença como integração da dimensão “bio-psico-social”, centrada nas pessoas saudáveis ou doentes, mesmo

assim não conseguem “[...] romper totalmente com a racionalidade científica ocidental, com a biomedicina” (CARDOSO, 2014, p. 106).

O binômio risco *versus* benefício posto em análise coloca em questão a própria perspectiva do cuidado na contemporaneidade. Ao assumir riscos na expectativa de garantir benefícios, a “tomada de decisão” – arte de governar (FOUCAULT, 2009) – perpassa duas premissas: do controle (governo do outros) e da *parrhesía* (governo de si).

A primeira premissa trata-se do exame minucioso de determinadas normas e convenções no monitoramento, geralmente de instituições, organizações ou setores “habilitados” para propor definições na tomada de decisões. Conforme Duncan, Schmidt e Falavigna (2013), as múltiplas opções diagnósticas, terapêuticas e preventivas necessitam de escolhas criteriosas para minimizar riscos e maximizar benefícios. A prática da medicina ambulatorial na tomada de decisões clínicas é apoiada em regras e informações inter-relacionadas com a prática individual e coletiva, de modo que são apresentadas e sistematizadas por hierarquizações em níveis de evidência para o processo de decisões clínicas.

Por exemplo, o uso de benzodiazepínicos⁶⁰ antes da realização de anestesia regional em pacientes com ansiedade, de acordo com os autores, é considerada uma recomendação com grau “fraco”, isto é, que apresenta certo grau de incerteza na relação vantagens *versus* desvantagens da conduta (DUNCAN; SCHMIDT; FALAVIGNA, 2013). Embora o procedimento possa ser considerado lógico, não há estudos sobre o assunto, existindo apenas opiniões de peritos ou evidências indiretas, portanto, uma recomendação “fraca”.

Também existem grupos independentes de especialistas voluntários⁶¹, autores de trabalhos e recomendações na prevenção e MBE sobre serviços clínicos preventivos (exames, medicamentos etc.) balanceando benefícios e riscos na prática clínica por meio de análises sistemáticas de evidências científicas para os trabalhadores envolvidos

⁶⁰ Fármacos semelhantes à diazepam com propriedades ansiolíticas (HOUAISS, 2009).

⁶¹ Exemplos: U.S. Preventive Services Task Force (<www.uspreventiveservicestaskforce.org>) – Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos. The Canadian Task Force on Preventive Health Care (<<http://canadiantaskforce.ca/>>) – Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados de Saúde Preventiva.

com os cuidados primários em saúde. Esses grupos (Forças-Tarefa) avaliam diretrizes (*guidelines*) produzidas por organizações médicas ou agências governamentais que possuem, em alguns casos, interesses corporativos, como a própria indústria farmacêutica e o amplo mercado da saúde.

A influência nos consensos e recomendações médicas tem forte implicação com o mercado e complexo industrial farmacêutico, e, no contexto das atividades das equipes de Saúde da Família na APS, não são prontamente aplicáveis (BRASIL, 2010b). De acordo com Duncan, Schmidt e Falavigna (2013), as ligações com a indústria farmacêutica atingem cerca de um terço dos especialistas envolvidos com as pesquisas e autoria de *guidelines*.

A segunda premissa trata da liberdade e da coragem em tomar decisões baseadas em uma atitude crítica, ao mesmo tempo ética e política, na necessária existência entre crença e verdade do cuidado de si. Seja na exposição (riscos), ou no contato com técnicas alternativas e complementares (benefícios), até formas paliativas não consideradas parte da medicina convencional, como a prática consigo mesmo, que diz de uma relação autônoma, um discurso “parrhesista” que assume a verdade como produção e cuidado de si. Vejamos o exemplo abaixo:

Eu não gosto de médico. A gente vai e acha um probleminha, depois acha um problema maior e assim vai. Então eu deixo. USU 10

O usuário transcreve o risco de entrar em contato com o médico – “A gente vai e acha um probleminha”. A crença de que ir ao médico pode desencadear uma série de eventos não previsíveis, potencialmente desagradáveis, pode ser vista como temor e cautela. A noção de que uma situação pode levar a outra – “Então eu deixo”. A ausência de querer saber, de modo geral, é incomum na contemporaneidade, pois a demanda é a necessidade de saber cada vez mais, sobretudo aquilo que nos cerca para sustentar uma sensação de proteção parece ser a tônica da vida moderna. Ao mesmo tempo e paradoxalmente, cria a oportunidade (se não sei!) de evitar ou se afastar de determinadas situações.

Por outro lado, na direção oposta, dentro da premissa do controle, notam-se os usuários como agentes do próprio processo de medicalização.

Entrevistador: O fato de conhecer [o médico], facilita ou dificulta contar as suas coisas?

Entrevistado: Dificulta, porque não é sempre que eu chego e conto, tem coisas que não tenho coragem nem de falar para a minha filha. USU 09

O fato de conhecer o seu interlocutor, para o usuário, não se traduz como sinônimo de facilidade para falar o que sente e pensa. Acessar o conteúdo de determinados assuntos exigiria um esforço em suportar as consequências e restrições da coragem da verdade. Dizer a verdade torna possível relembrar a experiência, inclusive manifestar outras formas de encarar a dor e as emoções, positivas ou negativas, sobretudo a incitação e a luta da liberdade.

O usuário menciona: “*tem coisas que não tenho coragem nem de falar para a minha filha*”. Alude ao desafio em conseguir enunciar algo que transcende a própria vida íntima em família, assumir o efeito colateral da coragem da verdade, na abertura de um risco indeterminado e na produção de um efeito incodificado. Trata-se de dizer-a-verdade a si mesmo e correr o imprevisível risco de enfrentar o perigo de ocupar-se consigo.

Entrevistador: Por que você pede check up?

Entrevistado: Porque acho necessário, porque é nossa obrigação fazer um check up uma vez a cada dois anos. USU 13

O saber do usuário encontra espaço no discurso da biomedicina, no qual concebe a ideia de que pode vir a ficar doente, e que portanto deve prevenir o possível dano e evitar um possível risco. O *check up* entra no “cardápio” de ofertas do cuidado integral em saúde para um corpo silencioso, isto é, se o corpo está assintomático, alguma coisa pode estar acontecendo e/ou vir a acontecer. De tal modo, o discurso do risco, como assinala Castiel (1999), passa a estruturar um modo de organização de *experts* e leigos sobre os seus mundos sociais. Ao mesmo tempo “A Saúde perfeita tornou-se a nova utopia apolítica de nossas sociedades. Ela é tanto meio quanto finalidade de nossas ações. Saúde para a vida. Mas, também, viver para estar em boa saúde. Viver para fazer viver as biotecnologias” (ORTEGA, 2004, p. 14). Além disso, o tempo passa a ser visto a partir de um diagrama de anos de vida e prazos para prevenir doenças – “*é nossa obrigação fazer um check up*

uma vez a cada dois anos”. Esse usuário incorpora a lógica do rastreamento; a medicalização da vida revela-se, triunfante.

Nessa ordem, pode-se pensar na extensão do “epidemiopoder”, de acordo com Castiel, Sanz-Valero e Vasconcellos-Silva (2011, p. 77), como: “a normatividade de base epidemiológica que rege os preceitos e recomendações que pretendem disciplinar as populações humanas nos discursos de promoção da saúde centrados no comportamento saudável”. Desse modo, o lugar hegemônico que o epidemiopoder acaba ocupando pode autorizar uma rubrica para estabelecer decisões quanto ao rumo das políticas e arcabouços institucionais, administrativos e legais, baseados em padrões constituídos por expertises técnicas vigentes. O epidemiopoder fundamentado em conhecimentos produzidos pela epidemiologia sustenta um vocabulário-idioma como um dispositivo de técnicas e práticas de investigação para “revelar” as condições de saúde (riscos e agravos) de grupos humanos. Por isso, as estratégias e procedimentos estatísticos integram processos cognoscíveis com leis e variações para instituir racionalidades, tecnologias e programas de intervenção.

Atualmente, em rápida pesquisa em documentos e páginas da internet é fácil, por exemplo, encontrar propagandas e anúncios sobre “vitaminas” para aumentar a imunidade e uma proliferação de comprimidos para tornar mais “ativo” os mecanismos de defesa de seu corpo contra possíveis agentes patogênicos. Geralmente, tais comprimidos estão relacionados a propagandas de “bem-estar” e nutrição com imagens de pessoas e famílias sorridentes e “saudáveis”. Nestes casos, as pessoas não realizam exames para saber dos desequilíbrios do seu corpo, deliberadamente adotam o consumo de um “complemento” para o corpo. Gérvas e Fernández (2016) apontam criticamente a necessidade de analisarmos com cautela as ofertas preventivas, pois estas provocam uma demanda insaciável do “consumo” de serviços de saúde.

Outro exemplo, para visualizarmos o impulso do fenômeno sobre os “riscos de viver”, pode ser encontrado em um pequeno vídeo chamado “Use filtro solar”, lançado no Brasil, em 2003. O vídeo e as palavras prendem a atenção, mas o curioso é o destaque da evidência científica, o uso de filtro solar em contraponto aos conselhos, como: “Não se preocupe com o futuro. Ou se preocupe, se quiser, sabendo que a preocupação é tão eficaz quanto tentar resolver uma equação de álgebra mascarando chiclete”. E, ainda, encerra: Todos são livres, todos são livres para se sentir bem! Uma visão otimista, se claro, você optar

por usar filtro solar. Trata-se de combinar um conteúdo a partir de uma ação baseada em evidências, isto é, a “ciência médica” justificaria um modo de se proteger dos riscos de viver.

A relação com o corpo aparenta uma vontade de esquadrihá-lo para que sejam evitados determinados riscos. Assim, os frequentes pedidos de *check-up*, por exemplo, servem, muitas vezes, para tamponar uma ansiedade sobre algo imaginário ou sobre o próprio viver, que desemboca em uma forma de submissão ao biopoder.

Ele pergunta o que deu, o que aconteceu, se eu tenho medicação, o que aconteceu, o que eu prefiro... Eu não sei falar do jeito que ele fala, mas eu entendo. Ele olha no meu prontuário e vê que o remédio já acabou e faz nova receita. Ele sabe que o remédio me alivia. Quando solicito exames, ele me dá. Outros médicos não. USU 13

Ele (médico): “*pergunta*”, “*olha*” e “*sabe*”. Eu (usuário): “*solicito*”. E, ele (médico): “*dá*”. A relação poder-saber indica algumas posições concebidas entre médico e usuário, sobretudo nos pressupostos e discursos formulados na preconcepção do que cada indivíduo constitui na relação. O exemplo dos exames revela o saber adaptado tanto na figura do médico como do próprio usuário. O médico pode solicitar aquilo que, *a priori*, o usuário não pode, pois não tem poder de receitar. Enquanto o usuário pode desconfiar de que algo pode não estar funcionando “adequadamente” ou suspeitar de que algo invisível pode vir a acontecer, o médico pode reafirmar essas desconfiâncias. Por isso, o encontro entre ambos se torna peça-chave para acessar determinadas certezas e verdade a serem alcançadas, curiosamente respondidas com recursos tecnológicos capazes de escanear as dúvidas desses indivíduos.

Ao mesmo tempo, a dimensão ética do cuidado vinculada ao médico aporta na investigação da própria experiência do sujeito, muitas vezes centrada na doença. De acordo com Ortega (2004), o vocabulário médico adquire novos valores, baseado em “marcadores” de constantes biológicas (taxa de colesterol, capacidade aeróbica etc.) e o desempenho do indivíduo passa por alguns princípios de avaliação, exprimindo uma tendência de moralidade da saúde. “O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o desvio aos riscos” (ORTEGA, 2004, p. 15).

*É muito: “Eu quero, eu quero, eu quero”.
Muitas vezes esse “eu quero” não tem
justificativa. Então fico fazendo receitas e
menos medicina, que é o que eu quero fazer.
MED 01*

A herança cultural assistencialista no Brasil assenta uma posição de usuários como expectadores das tomadas de decisões e, especialmente, como permanentes demandantes de vários “quereres”. Muitos usuários adotam uma postura passiva e complacente esperando que alguém (geralmente, o médico) tome alguma decisão e resolva o seu problema. Além disso, há um forte investimento e crença de que o remédio, por si só, seria a solução dos problemas. Não é de estranhar que o tempo de renovação e prescrição de medicamentos dos médicos na ESF seja extenso, pois além da demanda dos usuários que utilizam medicamentos controlados e de uso permanente, ainda há os pedidos de usuários pelos mais diversos tipos de serviços e atenção médica. Ao mesmo tempo, o médico se situa em um arranjo no mínimo desconfortável em determinadas situações como as sinalizadas pelo médico entrevistado: realizar ou não um enfrentamento sobre a questão do uso de determinadas medicações.

O enfrentamento e negociação na retirada gradativa, até a remoção de alguns medicamentos, por exemplo, requer habilidades do médico nos acordos estabelecidos com os usuários. O exemplo não é referente aos usuários de medicamentos de uso contínuo. A intervenção prescritiva medicamentosa demanda compromisso, responsabilidade e gestão compartilhada do cuidado entre ambos. Não se trata de o profissional médico querer reduzir ou problematizar o uso dos medicamentos sem que o usuário se proponha a pensar sobre o seu uso. Neste sentido, o vínculo pode ser o entrecruzamento da relação entre médico e usuário na composição de uma rede de interesses comuns na garantia da construção de projetos terapêuticos. A ação prescritiva, seja medicamentosa ou não, expressa a constante negociação entre a micropolítica e a macropolítica do trabalho em saúde.

Repetidamente, notam-se propagandas de medicamentos direcionadas aos consumidores com a seguinte advertência: “ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”. Contudo, a quantidade de informação e propagandas direcionadas para o consumo de medicamentos (talvez, maior do que o próprio “consumo” do cuidado

médico) indica de modo explícito e implícito o uso da medicação dentro de uma lógica de antecipação dos riscos – portanto, antes que aconteça algum, é preferível esquadrihar o suposto problema. Nesse ponto, a economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico estaria completamente sob o controle de interesses comerciais. “Interesses comerciais estão no controle de todo o ciclo de produção e distribuição de conhecimento médico, com sérias consequências em termos dos custos e da qualidade do atendimento médico” (CAMARGO JR., 2010b, p. 46).

Ao mesmo tempo em que há uma suposta liberdade de escolha, a ideia de controle induz a uma intervenção na espera de um possível dano. Trata-se do “antes que”. O risco do dano é perceptível quando o que se espera está depositado no cuidado do outro – neste caso, naquilo que o médico oferta: a prescrição medicamentosa. Se não analisada com atenção, a ação terapêutica pode ser convertida em cuidado medicamentoso e totalizante, causando, em vez de efeitos benéficos, efeitos nocivos.

Outra mensagem implícita nas propagandas: você deve se cuidar, por isso, proteja-se de si mesmo. O usuário-consumidor seria o seu maior “inimigo”. Assim, o usuário deve observar o que não é comum e, principalmente, se proteger dos possíveis efeitos das doenças invisíveis. No entanto, em última instância, quem deve ser consultado é o médico, capaz de eliminar ou reduzir a causa do incomodo ou do próprio envenenamento.

Simultaneamente, o médico, ao indicar outra intervenção prescritiva, como, por exemplo, uma caminhada regular – propostas de mudança no estilo de vida –, seu “valor” poderá ser questionado ou até mesmo desacreditado, ao contrário da ação interventiva a partir do uso de remédios e cirurgias. Contudo, mesmo essa intervenção não medicamentosa não escapa da medicalização.

A adequação do século XXI a um sistema de “alívio imediato” do sofrimento contempla uma noção de entorpecimento de si mesmo, situando o médico como intermediário da relação do usuário com ele próprio e seu sofrimento. Se não observada e analisada com atenção, a relação exclusivamente mediada por um mecanismo terapêutico farmacológico, por exemplo, pode tornar esse subterfúgio uma permuta que caracterizaria um tipo de vínculo prescritivo de poder-saber. A medicalização das relações, neste caso médico-usuário, corresponderia ao excesso indesejado de intervenções e ao processo de transformação destas na produção de vínculos normativos.

O usuário explica uma produção de vínculo expondo os benefícios da relação com o médico. O primeiro exemplo:

Porque ela me deu remédios que me fez bem, ela é uma ótima médica. USU 05

A relação de consumo do que faz “bem” evidencia uma intencionalidade do modo de avaliar e estabelecer o médico como um próprio “bem de consumo” e, ao mesmo tempo, o indivíduo apto a regular o acesso ao alívio advindo do remédio. A prescrição médica estaria a serviço de uma relação. O medicamento assumindo o próprio sentido de cuidado torna-se o objeto padrão da responsabilidade sobre a remissão da doença e, o médico, o intermediário para o “bem-estar”.

No segundo exemplo, o usuário comenta sobre a confiança naquilo que o médico pode oferecer: “*a medicação*”. Os mesmos benefícios interpretados pelo usuário podem ser os riscos de avalizar nesta relação um estado de passividade e coerção.

*Entrevistador: E, como ela passa essa confiança?
Entrevistado: Explicando os problemas, a medicação. USU 07*

A confiança, de modo geral, na relação médico-usuário está profundamente influenciada pela palavra-chave: explicar.

Explicar transcende a maneira de articular ou pronunciar sílabas, palavras, frases, versos etc., vai além de transmitir. Explicar é dar, fazer, tornar, justificar, interpretar, expressar, significar, manifestar, oferecer e, sobretudo, compartilhar. É um exercício de inclusão, e, ao mesmo tempo, de exclusão, pois o modo de agir pode indicar um trabalho morto ou vivo, dependerá da intencionalidade e propósito constituído de atos em saúde ou em doença. Merhy (2014) aponta que as necessidades em saúde estão estabelecidas no plano macro e micropolítico, portanto singulares e em conformação com processos sociais e históricos, e dependerá das definições dos agentes em ato.

Ao aproximar a compreensão de alguns elementos desconhecidos, diminuir as obscuridades e acrescentar conhecimentos, esse vínculo estabelecido na relação médico-usuário permite explorar e, em algumas situações, extrapolar a concepção marcante da medicação como a principal fonte de cuidado médico. Esse vínculo pode estar na

ação e no acontecimento que transpõe um fenômeno preventivo e premunitivo. Vejamos outro exemplo, a seguir:

No meu caso, tenho colesterol e triglicerídeos alto. Ela foi não só me dando a receita do remédio, ela mandou fazer um exame no fígado para ver se tinha gordura que podia ser a causa do colesterol e triglicerídeo alto, e realmente tenho essa gordura no fígado. Já consultei cinco ou seis anos atrás com um médico brasileiro, aqui no posto, e eles nunca foram além do exame de sangue e medicamentos para baixar ou estacionar. Ela não, ela foi além e me passou para uma nutricionista para equilibrar a comida, uma dieta e não ficar só no remédio. Acho que a médica cubana se dedica muito mais e quer saber onde está o problema, porque está surgindo esse problema. USU 12

O usuário nomeia o médico cubano como quem “foi além”, um profissional que ultrapassou o interesse em exames e medicamentos e considera sua dedicação e capacidade sobre as suas necessidades um fator importante para o seu cuidado. A percepção do usuário frente à manifestação do médico – “se dedica muito mais e quer saber” – dá a entender o apreço pelo comprometimento mensurado pelo “ir além” tecnológico.

O conteúdo e considerações sobre esse capítulo na discussão da produção de vínculo podem trazer algumas contribuições para esclarecer o processo, centro dessa síntese, calcado no fenômeno da medicalização da vida. Ao interrogar a evidência como uma verdade transitória, interroga-se sobre as intervenções e estratégias na própria medicalização da vida. Se não se trata somente de problematizar o estado provisional dos resultados conveniados (materialismo provisório) do modo de operacionalização da relação médico-usuário, através de manuais diagnósticos, dados estatísticos, explicações epidemiológicas, descrições clínicas e rastreamentos avaliativos, o vínculo, suas características e suas relações, seria uma evidência de quais implicações? A ética enquanto cuidado poderia ser prescrição ou uma condição de produção?

6.5 Escuta como tecnologia e cuidado como experiência

*Nós somos medo e desejo
Somos feitos de silêncio e som*
Lulu Santos

Os signos e códigos são demarcações em um tempo e espaço. Nesse sentido, as palavras transcendem o que se ouve, são mais do que ruídos, barulhos e vibrações. As palavras transportam e transbordam afetos. No escutar, o silêncio também é audível, carrega em si sentidos, enquanto no ouvir é preciso perceber o som. Escutar não é somente atrelar o ato da fala ou da língua, mas repercutir a qualidade do que se diz, às vezes, sem dizer. Está na nuance, no contraste e na transformação, no habitar do próprio exercício de comunicar-se. De tal modo, escutar torna-se peça-chave na produção de vínculo.

Na saúde, é comum perceber médicos e enfermeiros com um instrumento – estetoscópio – para a ausculta. A ausculta, parte do exame físico, conforme Houaiss (2009), sob a rubrica da medicina, é o ato de escutar os ruídos internos do organismo para controlar o funcionamento de um órgão ou perceber uma anomalia. A ausculta dos ritmos, ruídos e sons internos do corpo humano permite, por exemplo, constatar a presença de sopros cardíacos e sugerir malformações, auxiliando na construção de uma anamnese e de hipóteses diagnósticas. Contudo, o corpo produz barulhos internos capazes de serem ouvidos, mas nem sempre escutados.

Trata-se de escutar, no encontro entre profissional e usuário, o que o outro diz do seu corpo, como também com o seu corpo. No processo de escuta se observam as atitudes corporais, gestos, tom de voz, ritmo da fala, respiração, mímica facial e olhar. A capacidade de escutar exige a concentração da atenção e a inferência da importância sobre o que se diz. A qualidade da escuta produz na pessoa, naquela que emite a palavra, a sensação de ser compreendida, valorizando a confiança para tornar-se acessível e mostrar cada vez mais de si ou ocultar de si.

A escuta, de acordo com Zimerman (2000), perpassaria um processo de produção de vínculos, seja de amor, de ódio, de conhecimento e de reconhecimento. Freud, por exemplo, considera, por meio da fala em associação livre, a importância do “refletir, repetir e elaborar”, no processo terapêutico, sobre o problema ou adoecimento vivenciado. Ainda que a teoria psicanalítica verse sobre uma produção inconsciente, a técnica de evocar um fragmento da vida real, transformando-o em matéria dita – sem, por exemplo, um método

catártico e o uso da hipnose – apresenta outro modo de se compreender e se relacionar entre dois indivíduos. Um processo que pode demorar tempo e exigir paciência e continência.

O escutar também é uma tecnologia fundamental no cuidado em saúde. A escuta na relação médico-usuário possibilita uma vinculação entre ambos, pois sejam nas palavras ditas, nas expressões direcionadas ou nos silêncios sufocados, os detalhes e as sutilezas que se apresentam são importantes no reconhecimento entre o par. Ao mesmo tempo, os recursos linguísticos e cognitivos possibilitam reconhecer os contrastes do universo de cada indivíduo. Trata-se de uma prática que indiretamente produz um modo de se vincular.

A análise não tem a intenção de esgotar o objeto pela Teoria da Comunicação. Tão-somente pretende fazer alusão a alguns elementos constitutivos deste fenômeno no âmbito da produção de vínculos positivos no encontro entre médicos e usuários. Elementos que se iluminam mutuamente e que, ao fim, produzem vínculos entre os sujeitos neste encontro singular. O escutar, aqui, assume conotação positiva diante dos demais elementos. Torna-se tecnologia e técnica na produção de vínculo, convive com lugares sociais assimétricos.

Ao se aperfeiçoar a capacidade de escuta na relação médico-usuário, ocorre uma ampliação da compreensão para a análise de aspectos subjetivos e objetivos, proporcionando um encontro de qualidade entre os atores. Nesse encontro, as características da atenção estão estabelecidas pela comunicação. As assimetrias e peculiaridades da manifestação do pensamento também poderiam colaborar para elucidar o modo constituído na produção de vínculos positivos e negativos entre médico e usuário. Assim, trata-se de um grande desafio na formação e na prática médica, pois, em geral, a relação com o usuário é assimétrica, na medida em que o médico detém um saber, enquanto o usuário na maioria das vezes está excluído deste conhecimento. Um indicativo essencial seria conhecer a realidade onde está inserido o usuário para a construção de estratégias compartilhadas de cuidado (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

No entanto, a formação dos médicos nas faculdades os prepara muito mal para que admitam que a cura não se determina por intervenções de ordem exclusivamente física ou fisiológica. Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que sua

confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se estabelecer entre médico e doente (CANGUILHEM, 2005, p. 60-1).

Neste estudo, percebe-se que os médicos cubanos compreendem a importância desta relação ativa e da necessidade de ouvir para poder falar. O médico entrevistado esclarece: “*Primeiro a gente aprende a escutar e depois a falar*”. Essa atitude permite compreender como este profissional se coloca diante do usuário e assinala, no domínio do que é dito, a abertura do processo substancial na produção de vínculo positivo. A necessidade de aprender, no caso a língua portuguesa, também coloca o médico a se deslocar da certeza evidente por si só de saber como se comunicar, e noutra instância contrabalança a sua relação com o usuário, pois este detém um saber e um domínio de como transitar nos códigos e signos da sua língua materna.

Primeiro a gente aprende a escutar e depois a falar. Por isso que a criança, quando está se desenvolvendo, ela escuta a mãe, mas não consegue falar. O desenvolvimento da audição é mais rápido que o da fala. Nós [cubanos] estamos sendo crianças de novo no português [risada].
MED 09

Nesse sentido, a atitude de se tornar acessível, sem a premissa do necessário distanciamento entre médico e usuário, produz um processo gradativo de vinculação, sejam eles com vínculos positivos ou negativos, sejam de solidariedade ou de compaixão. O médico cubano, ao aprender um novo idioma, necessita interagir com o usuário num processo de comunicação e aprendizado, no qual recebe e decodifica uma mensagem e adquire habilidades práticas para qualificar o seu atendimento clínico.

No exemplo a seguir, de acordo com o usuário existem alguns sinais que podem colaborar para a produção de vínculos positivos e negativos, reconhecendo algumas potencialidades e fragilidades no contato com o médico, que vão além da comunicação verbal.

Porque ela olha dentro dos meus [olhos] e a partir disso é que você está me dando atenção. Porque se eu estiver falando com você e você ficar só escrevendo, como você vai prestar atenção no que estou falando, ficar centrado nas duas coisas ao mesmo tempo? Eu não gosto quando vou conversar com um médico e ele fica escrevendo, porque tem o momento para ele ouvir e o momento para ele escrever, tem que saber dividir o tempo. USU 01

O usuário entrevistado identifica a importância da atenção e do interesse do médico para se sentir escutado e valorizado – “*porque tem o momento para ele ouvir e o momento para ele escrever*”. A demonstração de que a atenção está centrada no indivíduo e naquilo que ele está expressando pode ser traduzida num gesto: o olhar (“*ela olha dentro dos meus*”). O olhar procura, busca, contempla e interpreta; diz. Também manifesta uma intenção no reconhecer o outro. A partir do olhar entendem-se expressões que se alteram dependendo do que, a quem, com quem e onde se olha. Trata-se de um olhar que interroga e coloca o indivíduo como evidência de si.

Se no prontuário, no exame ou na tela do computador os médicos fixam os olhos com maior frequência do que no próprio usuário, está-se diante de olhar limitado (“*se eu estiver falando com você e você ficar só escrevendo, como você vai prestar atenção no que estou falando, ficar centrado nas duas coisas ao mesmo tempo?*”). Muitas vezes, trata-se de reduzir o processo de trabalho a um conjunto de tecnologias “duras”. Por isso, o olhar pode se tornar um processo produtivo da relação entre médico e usuário na perspectiva das tecnologias “leves”.

A redução e endurecimento das caixas de ferramentas tecnológicas, para a garantia de procedimentos focais cada vez mais restritos e válidos em si mesmos, tornam-se um martírio e ao mesmo tempo um êxito do exercício do trabalho médico (MERHY, 2000, p. 113).

Olhar para o corpo, por exemplo, como uma medida de temperatura, o termômetro (tecnologia), isoladamente indicará unicamente a medida térmica do indivíduo, sem as possíveis relações deste com sua experiência de adoecimento, ainda que no fim os números

forneçam indícios fisiológicos que podem realçar a necessidade de intervir sobre a elevação ou diminuição da temperatura do corpo. Trata-se de estabelecer uma comunicação entre profissional e usuário sem que as ferramentas reduzam o olhar a uma medida ou norma anatomofisiológica, pois, se o instrumento se torna determinante na prática médica, restringe a noção de cuidado em saúde.

O olhar e a escuta podem ser traduzidos como tecnologias no cuidado ao usuário. A ruptura com a atenção médica voltada para procedimentos e tomando o usuário como centro do cuidado esclarece a importância do olhar e da escuta como peças fundamentais no *êthos* do cuidado. Merhy (2000) alerta para a necessidade de que não esqueçamos as diferentes capturas e interesses (capital e liberal) nos formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes definidos, na tentativa de reduzir o trabalho vivo em ato de um encontro de vários interesses sociais sob a forma de necessidades de saúde.

Na perspectiva da MFC, a comunicação entre médico-usuário demanda algumas competências, principalmente alicerçadas em pressupostos essenciais do médico: escutar, perguntar, reformular e imaginar-se no lugar do outro. Sobretudo, trata-se de uma comunicação centrada em saberes essenciais para a eficácia na consulta: saber começar, saber olhar/ver, saber conduzir, saber sintonizar, saber explicar, saber resumir, saber acordar e saber concluir (RAMOS; CARRAPIÇO, 2012).

Não são poucas as exigências para esta vertente da prática médica, especialmente ao assumir esse lugar de “tudo saber” e dominar as competências e prerrequisitos de ser especialista em famílias e comunidade. Essa visão pode instituir um modo de se relacionar que antes de tudo exige do médico dar conta de uma dinâmica complexa, repleta de transições e variações e que pode levá-lo a crer que o usuário não sabe nada de si, ou aquilo que sabe pode confundir-lo. Para o médico, como se observa no exemplo a seguir, o que se fala nem sempre é o que se quer dizer.

No primeiro instante o que você fala, o que você escuta, não quer dizer realmente o que a pessoa quer falar, por isso a pessoa tem que saber escutar, saber entender também a outra pessoa.
MED 04

O “*saber escutar*” e “*saber entender*” se tornam elementos essenciais na construção da relação médico-usuário. As relações entre humanos, sejam individuais ou coletivas, sejam públicas ou privadas, sempre são relações de poder. O que ocorre na prática médica centrada em procedimentos e em tecnologias, sobretudo duras e leves-duras, é uma dissimetria de poderes, com a conseqüente desqualificação do poder do usuário. Num só tempo, o encontro entre dois universos com posicionamentos ideológicos, culturais e afetivos distintos e suas próprias intenções em jogo. Trata-se de apreender um universo, seu contexto, suas marcas culturais, seus valores, suas prudências e suas liberdades no ato de se comunicar.

O próprio processo de comunicação médico e usuário, além das situações de comunicação de más notícias ou de emergência, possui diferentes elementos em conexão que se alteram por diferentes motivos. O encontro entre médico e usuário pode avivar incertezas, inseguranças e sentimentos, em ambos os indivíduos. De tal modo, esse processo adentra esferas pessoais e culturais, podendo ou não, dependendo da posição ocupada na relação, atenuar as distâncias existentes entre o idioma e a cultura do médico e do usuário. Portanto, não se trata mais de uma escuta neutra, imparcial e impessoal, mas situada entre saberes e poderes da prática médica, capaz de se envolver e desenvolver justamente no contato subjetivo, interessado e sensível.

Ela [médica] me deu total liberdade para conversar. Inclusive coisas que não falei com outro médico, falei com ela. Ela me acalmou bastante. USU 06

A liberdade para se expressar, sem filtros ou seleções, significa acreditar que o conteúdo daquilo que se transmite não será depreciado. Ao expressar, “*Ela me deu total liberdade para conversar*”, duas questões chamam a atenção: a obediência e o destemor. No primeiro, o médico teria consentido o usuário a falar, portanto, um discurso de dominação do médico, como se houvesse um consentimento definido previamente sobre o que se pode ou não dizer. No segundo, a coragem de falar sem uma construção regrada e regular, um destemor do caráter imprevisível daquilo que se diz. Nota-se na fala do usuário que o componente “conversar”, sinaliza um movimento de transcender uma lógica da relação entre médico e usuário neutra e imparcial, suscetível a escutar o que diz o doente de seu adoecimento. Nestas situações, o

médico, a partir do vínculo produzido, torna-se uma referência no cuidado.

Quando cheguei aqui as pessoas começaram a falar: com a senhora podemos conversar, porque os outros médicos nem olham no rosto. Em alguns países são assim, não só no Brasil, Venezuela também. MED 05

É possível que a diferença no cuidado em saúde do trabalho do médico cubano esteja, entre outros, em seu método: “*podemos conversar*”. Contudo, não se trata de dizer que o médico cubano é “especial” ou “melhor” do que os médicos brasileiros. Ainda que exista a inegável influência sociocultural na sua história, parece-nos que o desenvolvimento da atenção e do trabalho dedicado aos usuários ultrapassa essas diferenças, prevalecendo um compromisso ético de estabelecer um contato mais amplo do que o acesso propriamente dito ao serviço de saúde, ratificando a promessa e interesse de ajudar o outro por meio de vínculos solidários.

No enunciado abaixo, pode-se perceber um médico que apresenta e compartilha seus sentimentos e sentidos para os fatos da vida. O encontro do comum entre indivíduos, neste caso, médico e usuário.

Se falo que tenho saudade, eles [usuários] começam a dar exemplos de saudade, dos filhos, dos pais... Todo mundo tem saudade. Dizem para eu não sofrer, não chorar, que não será sempre assim. Tenho o apoio das pessoas da comunidade que me aconselham. Conversamos durante a consulta, visitas domiciliares e nas horas vagas. MED 07

O cuidado como fenômeno do cuidar do outro cuidando de si em um coletivo, também corresponde a uma estratégia na produção de vínculos solidários, seja para reduzir distâncias, seja para minimizar sofrimentos. A comunidade inventa um sentido para um coletivo. Este se torna fundamental para a constituição de uma rede de vínculos, sobretudo, no próprio processo de produção de cuidado de si.

Ao conseguir expressar fraquezas e dificuldades, o médico também descobre seus problemas como qualquer outra pessoa. Ao trazer à tona os sentimentos, reações e reflexões envolvendo o par médico-

usuário, ambos podem apresentar suas interrogações e afirmações, propondo questionamentos e esclarecimentos, descortinando a relação médico-usuário como um campo de análise e intervenção. Assim, amplia-se a concepção de cuidado como um encontro e produção de vínculos coletivos, em que as influências das relações entre indivíduos podem deslocar as premissas do saber-poder.

Ao identificar a posição do saber na relação estabelecida entre médico e usuários se configuram os limites da própria relação de poder exercida de um sobre o outro. Trata-se da dissolução dos enigmas enunciados pelos problemas ditos. Vejamos abaixo a exposição do usuário sobre a valorização de seu médico:

Através da conversa ela entende o problema da pessoa. Através da conversa ela chega ao conhecimento. USU 01

O médico e o usuário estabelecem conexões que instituem vínculos positivos e negativos num só tempo. O usuário considera que “*através da conversa*” é possível anunciar o seu problema e conceder a possibilidade de o médico compreender o que lhe aflige. O exercício de comunicação proporciona a construção de um saber induzido por uma rede de conversação e de vínculos. Essa comunicação se transforma gradualmente em saberes e poderes, no caso, demarcado na ação do médico que “*chega ao conhecimento*”. Portanto, positivo, pois o usuário compreende que o médico está envolvido e ocupado com o seu cuidado e, negativo, pois indiretamente considera que o médico é quem tem a técnica para ocupar-se do problema e, conseqüentemente, quem deve governar e conduzir a relação.

Na arte de governar, o médico se torna um grande representante deste estado permanente de detecção da verdade desconhecida. Foucault (2009) salienta que o discurso médico acumula enunciados e formatos para operar sua própria prática na sociedade, assegurando uma posição privilegiada, social e econômica, sobretudo sobre o corpo humano.

O direito de intervir sobre o corpo é, nomeadamente, uma prerrogativa médica. O próprio lugar instituído do discurso médico foi validado durante séculos na sociedade e segue com força até o presente momento. A medicina, portanto, se torna a autoridade máxima no domínio do corpo.

O discurso médico é apenas mais um dos discursos sobre a doença/saúde, aquele que os médicos gostam de acreditar como “científico”, “verdadeiro”, mesmo que não seja exatamente assim. O que se observa é que, na verdade, o discurso médico acaba por ser uma forma bastante eficiente de manter o paciente alienado de sua própria situação (CAMARGO JR., 1992, p. 218).

Contudo, se a intervenção for modulada, considerando um grau de compartilhamento de responsabilidades, no comum acordo e nível de negociação estabelecido entre médico e usuário pode-se interrogar o formato da tecnologia das relações. Inclusive, interrogar “[...] o ‘jogo’ dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde” (MERHY, 2014, p. 51). A lógica das intencionalidades da autoridade, ao ser problematizada, pode se abrir para a reflexão de uma relação com maior autonomia e de estímulo ao protagonismo. De outro modo, o domínio anteposto do discurso médico, se hierarquizado e inacessível, pode diminuir o alcance da intervenção e da construção de um projeto terapêutico singularizado, e assim reduzir a chance de produção de vínculos significativos.

A consulta é um lugar onde você vem a falar o que você tem e o que você sente. Não é só um olhar no rosto da pessoa! Como fala? É conectar-se com a pessoa. Não é chegar e fazer a consulta dizendo: ‘bom dia!’, ‘pode sentar-se’, ‘o que você tem?’. Não! Eu tenho que tratar o paciente como uma pessoa. Não como ‘o’ médico [gesto de levantar a mão acima da cabeça e risadas]. MED 05

O entrevistado, além da referência à necessidade da utilização de tecnologias leves, compreende o encontro entre médico e usuário como espaço imprescindível de “conexão” e considera essencial o próprio médico não se afastar do usuário para reduzir ao mínimo a assimetria da relação. A distância, neste caso, retratada no gesto, expressa o desafio do médico em horizontalizar a relação com o usuário para propiciar o encontro como produção de saúde. De outra forma, o usuário compreende o afastamento do médico que não interage.

Tem médico que já fui que mal responde quando a gente pergunta alguma coisa. Tem médico que nem olha para gente. USU 05

O “*médico que nem olha para gente*”, olha para o que? Olha para a doença, para seus sintomas, para o diagnóstico, como já analisamos em outros momentos. A doença passa ser constituída como um “ser”, e o diagnóstico, a tarefa da medicina. Para reconhecer as manifestações de uma doença, o doente deve ser afastado para restar a verdadeira doença. O domínio da medicina sobre as doenças reconhece o doente também suscetível a fatores extrabiológicos. Contudo, afirma Camargo Jr. (1992), subjugado a referenciais biológicos.

O esquema referencial das doenças é, no entanto, mera classificação, artifício criado para enquadrar os fenômenos do processo saúde-doença. Ao esquecer isso, o médico passa a sobrevalorizar o artifício em detrimento do paciente, apagando seu sofrimento (CAMARGO JR., 1992, p. 209).

Deve-se levar em consideração que a prática e a formação médica estão interligadas. Têm-se uma formação voltada para a sustentação da concepção biologicista/organicista do processo saúde-doença, como aponta Cutolo (2001), uma concepção de que quem fala é um doente desconhecido e irrelevante. Trata-se de um indivíduo “impreciso” e portador de incertezas, nas quais a doença não justificaria um modo de viver e adoecer.

Não obstante, o ensino médico tem uma intensa influência do modelo flexneriano. Este toma como objeto de estudo o corpo humano manifesto por seus sistemas e órgãos isolados. Além disso, traduz a doença como um processo biológico e natural, desconectado dos aspectos sociais. O alcance da proposta flexneriana é amplo nas escolas médicas da América Latina. Nelas, a perspectiva do “Ciclo Básico” nos dois primeiros anos do curso de medicina (anatomia, histologia, embriologia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, patologia, bacteriologia e diagnóstico físico) e, posteriormente, do “Ciclo Clínico”, organiza uma “medicina científica”, contudo, sem a problematização do homem e da sociedade (CUTOLO, 2001). Contudo, há de se relativizar o “produto” pela sua “origem”. De onde vêm esses médicos? De qual

extrato social? Qual ideologia “trazem” consigo? Quais os motivos explícitos e implícitos que engendraram a decisão pelo ofício?

Por isso, não é de se estranhar a fala do usuário: “*Tem médico que já fui que mal responde quando a gente pergunta alguma coisa*”. Ora, se quem “fala” e o que se procura é a doença, porque se preocupar com o indivíduo?

Eles precisam de quem escute. Todos têm muitos problemas econômicos e familiares. Isso faz com que o paciente fique mais estressado e deprimido. Por exemplo, na minha área, tem muita doença por trabalho, pois quase todos trabalham com faxina, fazem muito esforço físico. MED 05

O médico ressalta a importância de escutar os usuários considerando os “resultados das formas organização social da produção” (BRASIL, 1986, p. 4) que envolvem diretamente o processo de saúde-doença, pois “o homem sadio que se adapta silenciosamente às suas tarefas, que vive sua verdade de existência na liberdade relativa de suas escolhas, está presente na sociedade que o ignora” (CANGUILHEM, 2005, p. 44). Se considerarmos a liberdade e a saúde a depender das escolhas que se pode fazer, podemos dizer que o adoecimento não é um fator isolado.

Os médicos agem, de forma geral, como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, seja psíquico, seja cultural. Isto faz com que frequentemente aquilo que o médico vê como problema seja bastante diverso das preocupações do paciente (CAMARGO JR., 1992, p. 217-8).

O usuário que busca cuidados, notadamente, o cuidado médico, além de ser escutado como indivíduo e suas necessidades individuais, precisa ser escutado como um indivíduo dentro de um coletivo, sobretudo relacionando à produção de saúde com suas condições de trabalho, habitação, educação, emprego, lazer, transporte, alimentação, renda, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde e liberdade (BRASIL, 1986). De tal modo, a produção de cuidado em saúde reside no permanente contato e movimento entre as dimensões macro e micropoliticamente constituídas nas relações entre profissionais e

usuários, assim como nas políticas de saúde. Portanto, “a saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na discricção das relações sociais” (CANGUILHEM, 2005, p. 44). Conforme Merhy (2014), trata-se de um ato produtivo em defesa da vida individual e coletiva, submetido a processos sociais e históricos. Com efeito, neste caso, os médicos cubanos, conscientemente ou não, procuram considerar, de modo geral, a indissociabilidade entre as questões da determinação social e da saúde.

Como a saúde é fortemente influenciada pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham, seria esperado que os fatores sociais fossem um componente importante das interações médico-paciente. Muitos estudos demonstraram que este não é o caso. O treinamento de médicos geralmente enfoca os determinantes biológicos da doença, em vez dos determinantes sociais, e não existe um método aceito de categorizar os fatores sociais como no caso dos fatores biológicos (STARFIELD, 2002, p. 306).

Uma das potencialidades dos médicos cubanos está na capacidade de reconhecer os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais na vida dos usuários do SUS.

A gente percebe porque cada vez que a gente fala com ela, mais ela escuta. Escuta as pessoas e a gente vê que ela está entendendo. E passa a receita certa. USU 03

A relação entre escuta e prescrição remete a um possível marcador de estratégias de cuidado. Se a escuta é a porta de entrada para saber o que habita no outro, também é capaz de prescrever caminhos. A eficácia prescritiva está parte na capacidade de compreensão dos problemas enfrentados pelo usuário, parte na confiança no ato prescritivo.

Às vezes vêm pacientes que estão doentes, e só em você ouvir resolve tanto quanto o remédio. Doenças que os remédios não curam. Precisa de atenção, de se sentir importante para alguém. E a

pessoa já se sente melhor. E cada paciente é importante mesmo. Esse é nosso trabalho. MED 02

Escutar pode ser um remediar, segundo o entrevistado: “*você ouvir resolve tanto quanto o remédio*”. Trata-se da possibilidade da atenção médica de alguma maneira colaborar com outras ideias para atenuar o sofrimento do usuário. Ao ser escutado, de acordo com o médico, “*a pessoa já se sente melhor*”. Ele, ao escutar/remediar, pode reparar um possível dano? Balint (2007) assinala que o próprio médico pode ocupar a função de “droga” na relação com o usuário. Este, ao recontar sua história de adoecimento, pode reelaborar a sua própria compreensão sobre si, ao mesmo tempo em que o médico pode colaborar para a reconexão do indivíduo com seus próprios descontentamentos e dificuldades – “*Precisa de atenção, de se sentir importante para alguém*”. A escuta também se torna uma terapêutica no processo de saúde-doença, pois estabelece, por interação e aproximação, uma atitude na dimensão do cuidado em saúde. “Doravante, em se tratando de remédios, a maneira de os dar vale mais, por vezes, do que o que é dado” (CANGUILHEM, 2005, p. 50).

Ela está todo ouvido ali se a gente quer conversar. Mas eu não converso, só falo mesmo o que tenho, ela passa remédio e já saio da consulta. USU 02

Escutar estabelece um acordo comum entre interlocutores. Não basta apenas confiar, pois o encontro se produz na capacidade de se arriscar e se concentrar no acontecimento em ato. É importante demarcar e habitar outras posições, compartilhar divergências, delimitar os conflitos existentes, compreender as limitações e perceber as ambiguidades. Do contrário, a relação estará regularizada por outras intencionalidades, como afirma o usuário: “*eu não converso, só falo mesmo o que tenho*”. Ao arriscar-se a falar – *parreshia* – de si e de seus problemas, pode abrir a possibilidade da coordenação do cuidado assim como a construção de soluções. Esses riscos também podem representar deslocamentos e rupturas do cuidado de si.

Como interromper um determinado hábito ou modo de funcionar depois de tantos anos de vida? “Considerada como um acontecimento na relação entre o doente e o médico, a cura é, à primeira vista, o que o

doente espera do médico, mas nem sempre o que o doente obtém dele” (CANGUILHEM, 2005, p. 49). A cura está amparada no próprio efeito da terapêutica prescrita. A afirmação: “*Ela passa remédio e já saio da consulta*”, traduz um método curativo fundamentado num ideal de doença. A resposta do remédio é na doença e não necessariamente no doente. Nesse sentido, o usuário ao ambicionar somente o remédio, permanece anônimo ao cuidado de si. Torna-se uma voz passiva que aposta no “fora” já que o “dentro” pode ser obscuro e perigoso demais, teme arriscar iniciar uma conversação com esse indivíduo desconhecido de si mesmo.

O modelo hegemônico do processo investigativo na racionalidade médica, como já apontamos, está centrado na doença e no procedimento. O médico representa o profissional capaz de revelar as obscuridades do corpo e, portanto, apresenta ao usuário o valor da evidência científica para executar as suas instruções. Resumidamente, parece-nos possível pensar uma prática médica que também retroalimenta a lógica prescritiva e a tomada de decisões sem compartilhamento e produção de graus de autonomia na relação com o usuário.

Contudo, em determinadas situações, o médico aposta em alternativas onde não há uma garantia de resultados, assume um compromisso, um trabalho vivo e um agir protetor e curativo, aceitando e tolerando os riscos e danos de escutar o usuário.

*A gente sente que eles se sentem melhor falando.
Às vezes, falar é melhor que qualquer remédio.
Não precisam de remédio, precisam falar com a
gente. MED 11*

O médico atribui importância ao compartilhamento de vivências do usuário que fala sobre elas como uma atitude libertadora. Compreende o entrevistado: “*falar é melhor que qualquer remédio*”. Ademais, escutar o doente se verifica como uma tecnologia oportuna no cuidado médico, especialmente, ao considerar o sentido de cuidado como anterior à noção de prevenção (remediar). O médico profere: “*Não precisam de remédio, precisam falar com a gente*”. No entanto, ainda que exista uma aposta na redução do uso de medicamentos como resposta ao que está passando o usuário, também há um invólucro que circula a tecnologia pastoral de uma estratégia de poder que fundamenta uma obediência, pois não é para qualquer um que o usuário precisa falar (poderia ser um curandeiro, um padre, um vizinho e outros), mas sim ao

representante da medicina. A estratégia de falar para cuidar conviria para o “equilíbrio” da singularidade do indivíduo, ao mesmo tempo em que sancionaria esse mesmo cuidado pela moderação e controle das liberdades no governo de cada um. De outro modo, em vez de “libertar”, “aprisiona”.

Na prevenção quaternária, por exemplo, a palavra, de acordo com Norman e Tesser (2015), é compreendida como a maior ferramenta para evitar técnicas com potencial de estigmatização e medicalização. Os autores aludem à imprescindível atenção dos médicos ao escolherem as palavras para melhor se adaptar à cultura das pessoas, zelando pela sua utilização para facilitar o acolhimento e atenuar as complexidades inerentes ao processo do cuidado. Ao interpretar a queixa do usuário, durante o momento de elaborar e de socializar, deve-se filtrar com o que se diz, pois a comunicação e o uso da linguagem podem:

a) causar iatrogenia, por meio da rotulação e/ou efeito nocebo; b) dificultar a compreensão do sentido das intervenções a serem propostas e assim comprometer a participação da pessoa no processo de cuidado (ou vice-versa) (NORMAN; TESSER, 2015, p. 6).

É no próprio exercício de comunicação que a relação entre médico e usuário se constitui. Mas, a comunicação a partir de um ato prescritivo pode ser considerada como uma burocratização do cuidado. No exemplo abaixo, o usuário se mostra insatisfeito com a abordagem do médico (brasileiro, neste caso) na consulta, além do estabelecimento de tempo insuficiente para o atendimento, com a restrição da prescrição medicamentosa como fim último. Trata-se de um entendimento que põe em evidência o jogo de interesses e de poder encontrado na relação entre médico e usuário, superlativo na modalidade “queixa-conduta”, comum nos serviços.

Para vir atender uma pessoa doente, com problema, olhar para a pessoa, perguntar “o que é que você tem?” e em dois ou três minutos, logo ir embora, para passar o remedinho e “está bom!”, não te ajuda. Você tem que estar preparado para escutar e entender. USU 03

Na APS, a presença do médico como fonte habitual de cuidado, assim como o acesso ao serviço de saúde, ao longo do tempo pode influenciar a maneira como o usuário se coloca na relação. Por isso, o momento do atendimento é fundamental na produção de vínculos, pois trata da intensidade e da extensividade da relação, capazes de proporcionar alterações no processo de saúde-doença e no cuidado em saúde. O usuário enfatiza: “*you have to be prepared to listen and understand*”.

O processo de trabalho médico tem relação com os momentos de operações de seu saber, concebido como tecnologias imateriais, ao mesmo tempo, com seus instrumentos físicos, proporcionados pelas tecnologias materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994). Vejamos exemplos desta operação: estabelecer a gestão do tempo, organizar o ambiente da consulta, revisar informações do prontuário, evitar termos técnicos, adaptar a linguagem à compreensão do usuário, entre outros tantos. Este processo pode estabelecer ofertas e facilidades bem como empecilhos e obstáculos ao acesso das pessoas ao médico. De tal modo, o usuário compreende que “*estar preparado*” também expõe a composição tecnológica do trabalho em saúde e da produção do cuidado. Escutar é mais uma parte da preparação e da elaboração de um projeto de cuidado e compartilhamento de ideias, expectativas, interesses e preocupações mútuas.

Às vezes, por exemplo, encaminho o paciente para diferentes lugares. Muitos pacientes quando voltam na consulta comigo leio o prontuário e não está nada escrito. Não sei nada do que aconteceu com esse paciente, só o que o paciente fala e, muitas vezes, o paciente não sabe explicar. Nós [médicos] temos terminologias médicas que não são comuns para o paciente. MED 05

No processo de comunicação, o uso de terminologias médicas pode, além de promover um distanciamento mútuo, manter o usuário alienado de sua própria posição. O conjunto de termos específicos, ao mesmo tempo em que constitui uma barreira na transmissão e recepção das mensagens entre médico e usuário, também atende ao discurso médico “científico” e “verdadeiro”, como salienta Camargo Jr. (1992). O médico entrevistado enfatiza a noção de que o usuário é aquele que “*não sabe explicar*” aquilo que o profissional transmitiu e reconhece o

vocabulário médico como excludente. Contudo, não é meramente o vocabulário (palavra), mas o discurso que foi limitado pelos diversos mecanismos (princípios) de exclusão de ambas as partes. A relação assimétrica entre médico e usuário abriga na comunicação, com suas diversas especificidades (abreviaturas, códigos e referências), o discurso médico como expressão da “verdade”. Se o médico se torna o “especialista em pessoas” (embora se possa considerar que cada vez mais especialista em doenças), representante e sinônimo de conhecimento e de objetividade sobre a vida, restaria ao usuário ser um “especialista em especialistas”?

O monopólio médico-científico se alicerça em tecnologias que asseguram a administração da vida das pessoas, especialmente com a comunicação e a informação, que inevitavelmente indicam normas e direções.

Ela fala pausadamente, se expressa bem, olha nos olhos quando fala. É quase uma psicóloga. USU 04

Ao se comunicar, as características que potencializam o encontro entre médico e usuário são anunciadas, por exemplo, com as seguintes declarações: “*fala pausadamente*” e “*olha nos olhos quando fala*”. Falar e olhar são maneiras de entender a experiência singular do adoecimento.

A associação do médico a um profissional da psicologia deve-se ao fato de que este tem como função olhar e escutar, enquanto aquele supostamente não faria uso das mesmas funções. O surpreendente para o usuário é ser visto e escutado. A experiência do usuário de verbalizar sua queixa e apresentar o traço singular do seu sofrimento pode acomodar com profundidade a produção de vínculo na relação médico-usuário.

Além disso, a fala do usuário – “*é quase uma psicóloga*” – remete a um sistema representacional no qual o médico não figura como sujeito que escuta. A fala fica remetida para fora do corpo e o espaço da mente isolada que necessita de um especialista em escuta e na mente – o psicólogo. Parece que o usuário já incorpora a segmentação entre mente e corpo, devidamente medicalizado. Esta é uma manifestação crua do processo de medicalização da sociedade e dos sujeitos.

Muitas pessoas vêm por uma doença e falam coisas que não têm nada a ver com a doença. Às

vezes eu acho que eles pensam que somos psicólogos deles. Vêm pela doença e contam o problema de toda a família. E não tenho como resolver sua situação. MED 02

Inicialmente, o médico parece identificar no usuário uma busca por cuidados relacionados a uma doença que, no entanto, se revela como um tipo de sofrimento psíquico que ultrapassa a esfera do biológico. Nas palavras do entrevistado: “*vêm pela doença e contam o problema de toda a família*”. O motivo inicial da queixa deflagra outra dimensão: a relação familiar. Trata-se da potência para desenvolver uma estreita relação com o usuário, sua família e do desafio de lidar com efeitos desta ligação, aceitando as incertezas e permanentes permutações destas relações.

Em momentos em que se pactua a possibilidade de falar/escutar do sistema correlacionado à situação-problema é que a relação médico-usuário produz vínculos em meio ao estado natural das aflições e ansios, da liberdade e coragem da verdade, da ausência de disfarces entre as duas partes.

Uma pessoa doente não é igual a uma pessoa que quer ficar doente. Porque tem pessoas que vêm na consulta, falam que têm doenças, mas só precisam de atestado ou querem fazer um check up por alguma outra coisa, e isso se percebe. Faz vinte anos que faço atendimento, então acho que a prática diária faz a gente entender o paciente, perceber o que eles sentem. O que ele fala se é verdade. Tem uns que enganam e que são muito bons contando aquilo que não é verdade. MED 09

Se a doença pode “falar” do indivíduo e pelo indivíduo, às vezes, “*uma pessoa que quer ficar doente*” para se colocar neste lugar de “*pessoa doente*”. Nesta “disputa” de quem fala – a doença ou a pessoa – derivam as narrativas da relação e a própria produção de vínculo. A doença pode falar por um corpo oprimido. A pessoa pode ter dificuldades para acessar formas de expressar sua dor e seus sentimentos. Por isso, o próprio corpo é uma ferramenta, tanto para induzir quanto para reduzir uma doença. Quando o corpo sinaliza fraquezas ou fragilidades, pode ser um indício da necessidade de (re)posicionar o cuidado de si. Quando o indivíduo projeta em si a

doença que ainda não existe, mas que poderia existir, o controle e a pretensão de segurança pode alterar um falar de si a partir daquilo que poder vir a ser, ou seja, a partir do próprio discurso do risco. Um futuro revestido por revelações e profecias, especialmente de doenças e sobre o tempo que “resta” de vida.

Ademais, assim como a prática médica pode colaborar na identificação das necessidades e demandas dos usuários, os usuários também podem anunciar seus anseios ao médico sob as mais diversas formas. A própria relação pode estar circunscrita entre o que é dito e o não dito. Na entrevista, parece-nos que o médico indiretamente sinaliza um disfarce das queixas iniciais dos usuários subjacentes a uma intencionalidade (“*atestado*” e “*check up*”). Considera que sua experiência (“*faz vinte anos que faço atendimento*”) auxilia na compreensão do que sentem e desejam os usuários, entretanto, “*tem uns que enganam*”.

O usuário que conta “*aquilo que não é verdade*”, além de enganar a si mesmo, confunde o que o médico supõe saber. Se tomarmos como referência o pedido de atestado ou *check up*, vislumbra-se um cuidado do usuário consigo mesmo ou uma busca de suposta salvação? De acordo com o entrevistado o pedido do usuário teria maior conotação de iludir do que alcançar um acesso a si. A própria percepção de ser enganado sugere o modo de operar o vínculo na relação. Se a relação estivesse consolidada, qualquer acometimento na vida do usuário seria compartilhado, ainda que o seu conteúdo pudesse trazer à tona um conjunto de valores morais e controversos a serem colocados em análise.

É a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma individual em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual. E é aí que se estabelece, pelas virtudes espontâneas da descrição, o vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual estes formulam a ordem de sua verdade (FOUCAULT, 2015, p. 125).

Em se tratando de cuidado em saúde, o tratamento, se reconhecido como parte da própria relação entre médico e usuário, pode permear a responsabilidade compartilhada na transformação do

adoecimento do indivíduo, assim como pode representar a relação desigual entre poder-saber e afastar e desconectar a construção de um plano de ação comum. A relação médico-usuário sem o aspecto da responsabilidade recíproca no processo de cuidado, corresponde a um jogo ambivalente e, em algumas situações, oposto.

Tratar não necessariamente é sinônimo de cuidado médico. Uma prática pautada unicamente no tratamento do corpo da pessoa, sem considerar uma abordagem integral do indivíduo frente a seu ambiente familiar, profissional, comunitário e cultural, sem articular outras práticas de cuidado tais como saúde, educação, assistência social e a rede de vínculos do usuário, pode correr o risco de tratar somente uma parte do todo que se revela do indivíduo.

Neste contexto, entre as potencialidades na produção de vínculo, insere-se o reconhecimento do território onde vivem as pessoas com seus valores, culturas, vulnerabilidade e a exposição aos riscos que promovem seus sofrimentos, ou seja, o território existencial, de acordo com Guattari (1992).

Consideremos o relato do MED 09 alguns parágrafos acima. Ele fala do lugar de uma verdade; da sua verdade. O atestado. Qual significado teria para o usuário? Preguiça, outro compromisso, cansaço físico, cansaço da vida etc.? *Check up*. Medo, valor pelo consumo de tecnologia armada? Todas as assertivas emergem como reflexo da produção de verdades sobre o corpo e sua enunciação.

O médico fica um tempo nesse lugar e vai conhecendo, e obrigatoriamente tem que se relacionar com o paciente, obrigatoriamente tem que conversar com esse paciente no dia a dia. Porque é um trabalho constante e você tem que se relacionar com o usuário, com a família. Você faz um atendimento. Você vai se relacionando e interagindo com o usuário. Não há outra forma de ser. MED 06

Se a interação se transporta e se transforma no diálogo, como o médico faz dessa prática uma tecnologia para o cuidado? É possível atuar num serviço de saúde como a ESF sem estabelecer uma interação? Um médico como “coordenador do cuidado” e referência para uma população, necessariamente teria que constituir uma relação com os

usuários para cuidá-los ou não? É “obrigatório” relacionar-se? Para quê? Depende!

Primeiramente, depende de com quem se dialoga. Se o diálogo está voltado às doenças, a interação está na determinação do patológico através da leitura dos sinais e sintomas, fenômenos de uma doença. Diferente da concepção do diálogo com um indivíduo adoecido ou em processo de adoecimento, interagindo com a sua própria experiência de adoecimento. Em segundo lugar, depende do modo como o usuário se relaciona com o próprio sofrimento e a forma como o médico acolhe e escuta as aflições narradas.

Médicos não são educados para lidar com a dimensão de sofrimento embutido nas manifestações oriundas de processos de adoecimento traduzidos através dos signos construídos pela semiologia médica e pelas tecnologias diagnósticas e terapêuticas (CASTIEL, 1999, p. 144).

Os protocolos e procedimentos existentes para atender a determinadas doenças são indispensáveis para muitas situações (difícil imaginar um atendimento de um usuário politraumatizado em um serviço de urgência e emergência sem eles!), contudo, são incapazes de abranger de forma integral o sujeito que fala de sua experiência com a sua doença. O protocolo, conforme Castiel (1999), é um conjunto de instruções para orientar, a partir das decisões mais indicadas quais respostas podem servir para enfrentar determinados aspectos, inclusive, na ausência de diagnóstico conclusivo. Em certo sentido, uma uniformização dos procedimentos de assistência à saúde.

Portanto, mesmo que os indícios das doenças sejam repetitivos em muitas circunstâncias, ainda assim a maneira como o usuário vive sua própria experiência é indispensável para compreender a forma de se relacionar consigo e a maneira própria de se relacionar com o médico. Para o médico entrevistado, “*não há outra forma de ser*” que não a procura por uma relação. O que refere como “*obrigatoriamente tem que conversar com esse paciente no dia a dia*” expõe uma das potencialidades do trabalho na APS, o necessário momento para o diálogo e o cuidado.

A adoção do modelo do MFC e da oferta do cuidado integral às pessoas não significa excluir as intervenções da noção de doença, mas

sim ampliar a análise sobre sua própria existência. Trata-se de uma responsabilidade e compromisso ético de problematizar a saúde do indivíduo com o indivíduo. O cuidado ultrapassa barreiras tais como o idioma e permite a construção de saídas e estratégias para o encontro entre usuário e médico. Vejamos o exemplo abaixo:

Ela me explicou toda a situação. Inclusive pegou uma folha de papel e fez o desenho da minha enfermidade. Ela fez o desenho! Passou para mim e me deixou mais contente e satisfeito. Eu estou mais contente e feliz porque ela fez o desenho e me explicou da parte hereditária, do problema que eu estava achando... Ela me deu todas as explicações. USU 11

O fato de o usuário receber uma explicação compreensível sobre a enfermidade que lhe acomete amplia sua capacidade de perceber a si mesmo. Desse modo, as tecnologias leves em saúde percorrem o caminho da simplicidade para se centrar nas necessidades dos usuários desenhando-se uma parte do corpo, tal como ocorreu na hipótese acima.

Merhy e Franco (2003) sustentam que a modificação do “trabalho morto”, produtor de procedimentos e característico do modelo assistencial médico-hegemônico para o “trabalho vivo” na lógica de produção de cuidado de forma integralizada, implica o modo como o profissional aplica o seu conhecimento para produzir o cuidado. O conhecimento do trabalhador médico pode ser utilizado para cuidar do problema de saúde exclusivamente a partir de exames e medicamentos, dentro da lógica de atos prescritivos. Por outro lado, como já assinalamos, estando o trabalhador inserido num campo relacional, conforme Merhy e Franco (2003), ele pode reconhecer o usuário transcendendo o problema referido. Neste passo deverá, considerando suas origens, suas relações sociais e familiares e sua subjetividade, propor uma abordagem da própria relação entre os envolvidos.

Quando percebo que eles não estão entendendo, pego um papel e uma caneta e desenho para que entendam o que estou falando. MED 09

Dependendo dos dispositivos utilizados para produzir as conexões é possível identificar esses movimentos e motivos. Uma relação distanciada, supostamente neutra, entre médico e usuário, sugere

um dos primeiros desafios a serem transpostos para a produção de vínculos com as famílias e comunidade. Ao mesmo tempo, a comunicação, verbal ou não (fala, gesto e postura), indica os efeitos do próprio poder relacionados ao saber estabelecido na relação, em que pese a questão da comunicação não ser unicamente da prática médica, ou seja, tudo o que se diz para o médico se aplica aos demais trabalhadores de saúde. A diferença está na centralidade do trabalho médico nos espaços de cuidado.

A comunicação estabelece um acesso capaz de transformar o modo de conectar as pessoas e suas ideias. Neste processo, as estratégias formuladas para ampliar a comunicação por meio de tecnologias adaptáveis podem ser constatadas nos mecanismos de aproximação dos sujeitos, a exemplo do médico entrevistado que desenha “*para que entendam o que ele está falando*” A representação conduz a um encontro na elaboração de um projeto de cuidado e de ações em saúde. Ao mesmo tempo, encoraja a própria produção de vínculos. A comunicação inclusiva propõe-se a transformar uma forma de conversa em alternativa para a produção de interlocução num processo de construção de conhecimento para se fazer entender e produzir-se uma ação comum.

O filme *O escafandro e a borboleta*, de 2007, por exemplo, exhibe um tipo de tecnologia adaptável, a partir de uma comunicação alternativa. A inovação está no sistema de mediação e registro, de baixo custo e relativa simplicidade, na qual o protagonista com uma doença neuromotora degenerativa estabelece uma comunicação a partir do movimento do globo ocular em uma tabela composta por colunas e linhas contendo todo o alfabeto e os numerais formando um registro de palavras “ditadas”.

Evidentemente, trata-se de um exemplo incomum no contexto da APS, mas ilustra o quanto é possível inovar e inventar para se estabelecer uma comunicação entre sujeitos. O que implica a administração de inúmeros elementos nesse encontro, entre eles, o tempo.

Eles acham que minhas consultas são muito demoradas, porque pergunto muito, porque examino muito e, muitas vezes, gosto de conversar quando vem um paciente com depressão, com ansiedade. Começo a fazer perguntas e investigar o porquê da tristeza, da ansiedade e acho que

ficam mais tranquilos, sem medicamentos, porque tem alguém que escuta. Têm pacientes que vêm apenas para falar, não têm nenhuma doença, nem sintoma têm. Têm problemas de família e conversam comigo. MED 07

A questão do tempo de consulta também é um fator importante na produção do cuidado e vínculo. O relato do médico entrevistado indica sua avaliação sobre a gestão do tempo no atendimento: *“Eles acham que minhas consultas são muito demoradas, porque pergunto muito, porque examino muito e, muitas vezes, gosto de conversar”*. A abordagem centrada na pessoa direciona o médico para administrar o tempo nas consultas. No quinto componente do método clínico centrado na pessoa – “intensificando o relacionamento entre pessoa e médico” – é sinalizada a importância de respeitar os “dois minutos” iniciais da consulta deixando a pessoa falar livremente, sem interrupções, sobre suas queixas. Caso os problemas sejam muitos, a pessoa, juntamente com o médico, tomará a decisão de definir prioridades e agendar retorno, a fim de tratar das queixas restantes (LOPES, 2012). Trata-se do desafio de administrar o tempo.

A ampliação do tempo de consulta deve estar condicionada à necessidade. Tem que pensar no atributo longitudinalidade, e de que não é preciso fazer tudo naquele momento. Outro recurso, após criarmos vínculo, é dividir com as pessoas as nossas dificuldades (LOPES, 2012, p. 123).

Poli Neto (2011), ao descrever a rotina da prática clínica da MFC brasileira dentro do consultório em uma ESF, destaca o desafio de se manter concentrado diante das atividades diárias. Tais atividades correspondem ao acolhimento de 25 a 30 pessoas, numa sala entre 9 a 10 m², tomando aproximadamente 90% do tempo de carga horária no trabalho. O restante do tempo é dedicado a visitas às pessoas que não têm condições de se locomoverem até a unidade de saúde e reuniões com a equipe de saúde. A descrição minuciosa das etapas da realização do trabalho e as características do atendimento do MFC ajudam a ilustrar a prática médica durante o seu itinerário habitual no processo de cuidado no cotidiano da ESF:

Pré-natal, rotina da criança, hipertensos e diabéticos, unha encravada, furúnculo, bola na garganta, bola no nariz, coceira na perna, mancha no rosto, dor de ouvido, dor de cabeça, dor nas costas, dor nas costas, corrimento, piolho, *check-up*, *check-up*, tristeza, falta-de-vontade, dor no peito, medo, coração acelerado, angústia, muita angústia. Marido que bebe, marido que bate, filho que bebe, filho que foge, filho que morre. Mãe para cuidar, pai pra cuidar, filho para cuidar. O trabalho, o patrão, o horário, estresse, falta de tempo, falta de dinheiro, conta pra pagar. Ouvir atentamente, passar a sensação de que se está ali, várias horas por dia, é um dos maiores desafios dessa prática (POLI NETO, 2011, p. 38-9).

Desse modo, como se conseguiria “estar ali” diante da frequência e intensidade dos encontros? Como olhar e escutar a todos de modo singular sem perder o fôlego? Diante desta rotina, como não desviar a atenção para não adoecer? Como este trabalhador cuida de si dia a dia para continuar ofertando o cuidado integral? Parece-nos uma missão difícilíssima a deste médico que se diz especialista em pessoas.

O MFC, ao assumir a coordenação do cuidado de uma determinada população, necessita organizar a agenda de atendimentos, realizar o planejamento das atividades comunitárias e todo tipo de acesso às pessoas referidas à unidade de saúde. Essa organização do processo de trabalho é compreendida como “gestão da clínica”, segundo Poli e Gusso (2012).

A gestão da clínica está atravessada por diversos fatores que influenciam sua utilização na unidade de saúde. Fatores influenciados pelos usuários que têm predisposições relacionadas à idade, sexo, condições de trabalho/desemprego, nível educacional e socioeconômico entre outros, além daqueles que criam as necessidades como doenças crônicas, situações de sofrimento, estado funcional, e, ainda, os facilitadores, como o tempo para conseguir uma consulta agendada, tempo na sala de espera, distância da unidade de saúde e a própria relação com o médico. Os fatores influenciados pelo profissional médico dizem respeito a sua formação, a própria demanda por ele induzida, a “medicina defensiva”, a idade e experiência de atuação e os estilos (técnico, rápido, ativador de retornos, influenciado pela indústria farmacêutica) de sua prática clínica. Em outra esfera há fatores

relacionados à organização do serviço de saúde como tamanho da área de abrangência, trabalho por equipe, burocracia/consultas administrativas (renovação de receita ou atestado), agenda e sistema de marcação, entre outros (POLI; GUSSO, 2012).

De acordo com Poli e Gusso (2012, p. 164), “Uma das principais tarefas da gestão da clínica é convencer quem utiliza muito a unidade, e é de baixo risco, a ir menos, e quem não utiliza e tem algum risco a comparecer”. A denominação conferida aos usuários que acessam com frequência os serviços de saúde é de “hiperutilizadores”. O efeito de este usuário hiperutilizador consumir uma porção importante dos serviços oferecidos é confundir um sistema de avaliação que pondera “qualidade” e “resultado” apenas pela quantidade de acesso. Assim, o usuário zeloso e com baixo risco contrabalançaria os poucos utilizadores e com alto risco (POLI; GUSSO, 2012).

De acordo com o entrevistado: “*tem pacientes que vêm apenas para falar, não tem nenhuma doença, nem sintoma têm*”. Ao acessar ao médico, o usuário que ultrapassa a concepção de doença, desejando “falar” o que está vivenciando em sua vida familiar, pode parecer um hiperutilizador. O desafio parece-nos conseguir equilibrar o tempo e o acesso, sem limitar o cuidado e, ao mesmo tempo, facilitar a produção de saúde. Além disso, considerar a qualidade do atendimento disponibilizado pelo médico. Perguntar e examinar, além de ajudar a identificar as dificuldades enfrentadas pela pessoa, também demonstra ao usuário o interesse do médico pela sua história de vida. Ao retratarem suas queixas, muitas vezes os usuários permitem o acesso do médico à sua vida íntima e privada. Não se trata somente de falar, mas de falar para pensar e escutar para falar. Neste instante pessoal surge uma possibilidade de ampliar a capacidade de análise sobre os próprios problemas a serem enfrentados e os projetos a serem construídos.

É comum que os problemas do indivíduo tenham relação com as questões vivenciadas em casa, com seus familiares, assim como na própria comunidade, de tal forma que o médico procura desenvolver suas ações de modo direto ao usuário e sua família, levando em consideração os fatores intrínsecos da comunidade, pois são aspectos diretamente associados ao próprio cuidado em saúde.

A potencialidade da atuação do MFC parece estar na lógica do modelo de atenção à saúde da população dentro de um território adscrito, e é justamente a possibilidade de reconhecer e associar em suas propostas de intervenção a esses fatores, muitas vezes, desconsiderados ou negligenciados. O médico ao “*investigar o porquê*” do desconforto

do usuário, indiretamente, sinaliza a este a sua abordagem e o seu intuito em problematizar a perspectiva e o modo próprio de funcionamento do usuário com aquilo que lhe aflige. De tal modo, pode se desvincular de premissas e aspectos normativos para incorporar nesse outro modo de agir uma ação compartilhada e de proteção.

Apesar de elementar, poderíamos arriscar dizer que nem sempre as ações e decisões no cuidado são compartilhadas. O cuidado e a dimensão relacional do encontro entre médico e usuário colocam em questão a relação hierárquica, muitas vezes alimentada por ambas as partes. Assim, o cuidar para o usuário, conforme o exemplo transcrito a seguir, pode estar relacionado ao exame minucioso do médico diante das condições que se apresentam, pois o médico “*se interessa*” em explorar a doença e a experiência da doença.

Ela atende o paciente, faz a sabatina, se interessa na situação da pessoa que ela cuida. USU 11

A continuidade do cuidado e a longitudinalidade na garantia do acompanhamento traduz para o usuário o interesse do médico. Compreende que a “*sabatina*” pode ser algo que extrapola a realização de exames e rotinas protocolares duros e vazios de sentido para ele, podendo ser representado no comprometimento do médico na construção de estratégias para o processo de cuidado. Nesse sentido, conforme o método clínico (STEWART et al., 2010), explorar as dimensões da doença para o usuário relacionando seus sentimentos, ideias, medos e efeitos nas funções e expectativas com relação ao médico é fundamental no cuidado centrado na pessoa.

A pessoa que está a sua frente tem que ser vista como pessoa e não como um paciente. Cada ser humano tem um jeito diferente e você tem que aprender a reconhecer isso. E se você não sabe como ajudar uma pessoa a resolver um problema, você tem que buscar alternativas. MED 10

A concepção da abordagem centrada na pessoa, a partir de um método clínico (STEWART et al., 2010), na prática médica reforça a valorização, sobretudo da experiência de adoecimento do indivíduo, ao invés de se restringir a história natural da doença.

Portanto, o médico restabelece a importância de deslocar o usuário do lugar de paciente para compreendê-lo como pessoa. Sob

determinado aspecto, a iniciativa é de redução da distância no interior da relação de poder-saber instaurada no processo de saúde-doença. Conhecer para reconhecer a singularidade e, a partir disso, “*buscar alternativas*” na intervenção clínica do médico e na ação cotidiana do usuário. O usuário ao ser reconhecido também pode se reconhecer. O modo como se age no campo relacional também pode estabelecer os limites e as possibilidades da própria produção de vínculo.

É conversar sobre aquilo que eu passo no dia a dia e ela me ouve, rimos junto porque tem coisas que não precisamos passar. Eu me trato de depressão e não tenho motivo para ter depressão. Minha família é ótima, o meu esposo, tenho uma família muito bem estruturada e não sei por que me trato disso. Ainda não descobri. Acho que é um processo, todos têm que passar. USU 01

A imagem de um médico e um usuário conversando sobre situações diárias, num primeiro momento, pode causar um estranhamento na imagem frequentemente associada ao médico como um profissional “sem tempo”.

O usuário parece contradizer a noção do médico e a falta de tempo ao afirmar que conversa sobre “*aquilo que eu passo no dia a dia*” e, ainda, “*rimos juntos*” dos desafios impostos na vida. Além de escapar do formato tradicional de uma consulta médica, a cena de dois indivíduos conversando e rindo reforça o envolvimento e o vínculo existente na relação.

Ainda dentro da perspectiva interacional, o usuário também apresenta outro aspecto, a experiência da doença: “*Eu me trato de depressão*”. Se considerarmos a experiência da doença um modo de narrar significados e sentidos da própria experiência consigo, podemos ponderar que “sentir-se doente” e “ser doente” evidencia a possibilidade de o indivíduo construir suas próprias conclusões relacionadas a seus problemas na integração entre os elementos do seu cotidiano individual, familiar e das relações sociais ligadas ao processo saúde-doença. O entrevistado concebe a sua experiência de adoecimento (*illness*) como “*um processo*”. Ao mesmo tempo singular, “*eu não tenho motivo para ter depressão*”, interrogante da própria condição de saúde-doença e capaz de interpretar o próprio significado de sua enfermidade, como também universal, “*todos têm que passar*”, pois se trata de uma

construção sociocultural. Ao se permitir interrogar (“*não sei o por que me trato disso. Ainda não descobri*”), o usuário ocupa-se de si mesmo e pode colocar em questão o próprio cuidado de si.

Essa discussão, dentro da perspectiva do processo de saúde-doença, auxilia na compreensão de quatro tipos de designações: 1) ser doente (crônico); 2) estar doente (estado agudo); 3) poder estar doente (risco) e 4) sentir-se doente (subjetivo). O conjunto destes enunciados não tem mais do que o objetivo didático com o intuito de destacar a passagem entre “tempo” e “condição” no processo saúde-doença.

A doença que faz “*sofrer toda a vida*”, como na referência abaixo, pode interrogar a própria produção de saberes sobre o processo de saúde-doença. Se compreendida como um fim em si mesma, sem se supor uma condição provisória, dinâmica e inerente ao indivíduo e suas relações, ela pode recomendar uma pretensiosa e audaciosa separação entre adoecer e modos de viver.

Muitas vezes o paciente acredita ser depressivo para toda a vida. Essa ideia não é que você vá trocar de hoje para amanhã, mas com um acompanhamento e falando com eles eu acho que eles entendem que não precisam sofrer toda a vida de depressão. MED 04

O cuidado de médicos na atenção primária também está relacionado à própria duração da relação com o usuário. Tanto na tomada de decisões quanto na responsabilidade pelo tratamento, a interação entre médico e usuário potencializa a produção do vínculo e considera as práticas terapêuticas dentro da dimensão singular e contextual.

É conforme o ser humano, conforme a pessoa. Se a pessoa tem bom senso, você escuta. Agora se tem uma pessoa meio revoltada com a vida, aí nem presta atenção. Eu sou bem revoltado com algumas coisas, mas aceito muito os conselhos, sei levar a pessoa, sou simples, humilde. Do meu modo é isso aí. É saber escutar e saber viver. Viver é o melhor de tudo. USU 03

O cuidado de si pode assumir direções e atitudes sobre si mesmo e ressoar nas ações sobre os outros. A própria capacidade de saber

escutar se atrela à disposição e consciência sobre si na relação produzida no contato com o outro. Esse espaço de interferências possibilita um *êthos* do cuidado. Segundo o usuário: “*conforme o ser humano, conforme a pessoa*”.

7. CONCLUSÃO

Sempre se chega ao essencial retrocedendo
Michel Foucault

Fim é uma expressão circunstancial, uma tradução de pensamentos traçados à razão, uma manifestação de limites entre ideias. Eis um desafio de um futuro sem fim: reler o que se escreve e concluir de forma diferente. Concluir é uma condição dedutiva, uma interrogação sujeita ao futuro, uma intenção proclamada porventura. Concluir é se abrir para o inconclusivo e indefinitivo, pois se trata de poder seguir por outros caminhos e com outra atenção; não se trata de desistir ou mesmo de não encerrar, mas de redescobrir.

Como sempre agimos em uma teia de relações, as consequências de cada ato são ilimitadas; toda ação deflagra não apenas uma reação, mas uma reação em cadeia, e todo processo é causa de novos processos imprevisíveis. Esta ilimitabilidade é inevitável; não poderia ser remediada restringindo nossas ações a um quadro limitado, palpável, de circunstâncias, ou armazenando todo o material pertinente em computadores gigantes. O menor ato, nas mais limitadas circunstâncias, porta o gérmen da mesma ilimitabilidade e imprevisibilidade; um ato, um gesto ou uma palavra podem ser suficientes para mudar qualquer constelação (ARENDDT, 2005, p. 192-3).

Do mesmo modo, a ciência tem sua provisoriedade, principalmente no âmbito das relações humanas. Trata-se de pedaços a que ela se dedica, pois o todo é inapreensível. Ao terminar, outras interrogações se agregam, restabelece-se a noção de um trabalho vivo. Este é um trabalho vivo que busca entre seus propósitos apontar subsídios para a construção de uma linha de pesquisa. Trata-se de

considerar a produção de vínculo como um universo complexo, denso e extenso – com desdobramentos que permitem outras abordagens e outras fundamentações teóricas e outros procedimentos metodológicos e comparativos –, passível de um percurso de investigação *a posteriori*.

Pensar e escrever este trabalho foi um árduo e longo processo. Cada passo trouxe nova etapa, novo deslocamento e um desapego, de palavras, de análises, de parágrafos e de frases que no desenrolar foram diminuindo ou alterando seus sentidos, até mesmo se reduzindo a considerações enigmáticas. Ao mesmo tempo, aprender a lidar com a incessante sensação de que foram poucas as palavras neste estudo e que o objeto de estudo não se esgotou. No final, a impressão de que faltou algo ou alguma parte. E sim, faltou! Um dos maiores desafios foi aceitar esta falta como parte do processo de pesquisa e suportá-la, pois se trata de uma pesquisa que precisa cessar, para quem sabe até servir de subsídio ou impulso para a realização de outras pesquisas. A negociação com as sombras e as próprias incompletudes dos movimentos e sínteses desta tese é parte do processo de aprendizagem do pesquisador.

Este trabalho é fruto de seu tempo. Um período cronologicamente curto. Desde as ideias iniciais, a partir do segundo semestre de 2013, especialmente focadas no desejo de investigar um tema emergente nos debates de âmbito nacional – o Programa Mais Médicos para o Brasil – até a construção de um objeto, um objetivo, um percurso e as análises desta pesquisa, foi necessário (de)formar direções. A consolidação de uma compreensão sobre o processo de produção de vínculo no cuidado em saúde, entre usuários do SUS e médicos cubanos, em dois municípios do Sul do Brasil, exigiu empenho e dedicação.

Em resumo, esta tese considera que *a produção de vínculos possibilita o reposicionamento favoravelmente à capacidade do cuidado de si na relação entre médicos cubanos e usuários brasileiros*. Um encontro que evita reduzir (corpo a órgãos, história a anamnese etc.) as distâncias entre os envolvidos, sobretudo, dedicado ao diálogo.

No primeiro momento, entre tantos desafios induzidos pelo próprio PMM como estratégia de intervenção governamental, vislumbrou-se uma oportunidade de identificar os sentidos estabelecidos com as trocas e os saberes entre médicos cubanos e usuários do SUS na construção do acesso ao cuidado em saúde. A proposta do PMM permitiu evidenciar uma disputa entre as entidades médicas e as ações governamentais, apontando os conflitos de interesses entre a configuração política das entidades médicas e o modo de enfrentamento do governo federal diante dos desafios da população brasileira ter acesso

ao médico no SUS. O debate e o embate não se encerraram. Talvez, persistam ainda por muitos anos.

Alguns aspectos podem ser levados em consideração sobre as interferências diretas e indiretas do PMM: 1) a concepção de cuidado centrado na pessoa não está unicamente definida pelo acesso ao médico, mas com a produção de outra relação de cuidado no SUS; 2) a mudança do modelo de formação médica e suas diretrizes curriculares ainda estão em curso, portanto, os profissionais formados terão de articular a organização do processo de trabalho e seus planos e ações de intervenção no âmbito do SUS, e 3) a interação dos movimentos do mercado de trabalho e a influência das instituições econômicas são alguns dos fatores compreensíveis na colisão entre diferentes ideologias e poderes, imprimindo, conseqüentemente, influências nos vínculos de trabalho, expansão ou retração no âmbito do setor público.

Submetendo à análise a produção de vínculos das relações estabelecidas entre médicos cubanos e usuários brasileiros – tendo como contexto as ações governamentais do PMM para o acesso ao cuidado médico à população –, compreende-se a intensa elaboração de movimentos e reacomodações de âmbito macropolítico e micropolítico.

No âmbito macropolítico, fundamentalmente, ressalta-se o aspecto deste estudo estar diretamente relacionado a um programa governamental. Trata-se de compreender a temporalidade do próprio Programa e considerar as estratégias e o conjunto de medidas, decisões, proposições e leis a ele relacionadas como um entrecruzamento entre relações de poder e saber impossíveis de serem estabelecidas por completo nesta pesquisa. Por conseguinte, existe a necessidade de impulsionar outras investigações, levando em conta que o programa não estava centrado somente no provimento de médicos, tratando da ampliação da própria suplência do Brasil formar médicos e especialistas para atender às necessidades da população usuária de um sistema de saúde público.

Toda a análise realizada neste estudo ocasionou o entendimento de que o contexto macropolítico do PMM está colocado em termos de explicações no próprio contexto micropolítico dos indivíduos e suas ações. Toda ação política implica em uma escolha ética. Mais, ainda que uma parte considerável do conteúdo da pesquisa esteja voltada para indivíduos e seus coletivos, não podemos deixar de assinalar que não se trata de extrapolar prescrições coletivas sobre as diversas experiências de produção de vínculos entre médicos e usuários dentro do SUS. Tem-se a plena convicção de que essa realidade explicada e explicitada neste

estudo só pode ser compreendida pelas características dos indivíduos envolvidos no objeto de estudo e contexto desta pesquisa, embora consideremos que alguns entendimentos possam colaborar para a realidade social e os fenômenos sociais relacionados ao PMM.

De maneira geral, percebe-se que o PMM exerceu, exerce e ainda pode exercer muitas interferências no SUS. Ainda serão necessários alguns anos para se ter uma profunda análise sobre seus impactos. Três anos podem delinear algumas modificações na atenção à saúde da população, especialmente na promoção de equidade, buscando-se uma redução significativa das iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Não se trata de afirmar que o aumento da cobertura e abrangência do acesso ao médico na APS é sinônimo de qualidade neste contato. Assim, os indicadores de saúde carecem de estudos regionalizados, em variados lugares e em conexão entre pesquisadores, instituições de ensino, gestão municipal, controle social e população de modo geral. Não negamos a necessidade da construção de avaliações epidemiológicas, revisões críticas, estudos comparativos, entre outros, para ampliar a capacidade de análise em relação ao PMM e os diversos atores envolvidos. Estudos para analisar os acontecimentos e casos, seja com os usuários – nesta pesquisa poder-se-ia retornar, por exemplo, às mesmas unidades de saúde nos municípios para identificar os efeitos da missão cubana com os médicos nas comunidades atendidas –, seja com médicos cubanos e não cubanos vinculados ao PMM, construindo uma rede de conhecimentos⁶². A necessidade desses estudos relaciona-se ao que esta tese revela de influência na macropolítica na produção de vínculo. Por exemplo, o fato de um programa de governo aumentar a cobertura da assistência médica sobremaneira apontaria para a mera oferta de consultas, mas, no caso dos cubanos, sua formação como MGI possibilitou uma maneira diferente de exercer o ofício, o que não só contrasta, mas questiona o modelo formativo brasileiro. Uma questão que pode induzir à realização de estudos posteriores que possam aprofundar este aspecto.

No âmbito micropolítico, a produção de vínculo pode ser traduzida como um elemento de produzir cuidado em saúde – na

⁶² A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, desenvolvida em parceria com a OPAS/OMS Brasil e o Ministério da Saúde, conta com uma Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos e se apresenta como um exemplo desta articulação em rede de produção de conhecimentos. Acesso em: <www.redepesquisaaps.org.br/pesquisa-sobre-o-mais-medicos/>.

dimensão da integralidade – como um elemento importante na interação entre indivíduos, especialmente na redução das distâncias entre os saberes e poderes existentes na relação médico-usuário. O advento do PMM e a presença dos médicos cubanos colaboraram para estampar com maior nitidez as fronteiras estabelecidas entre o vínculo médico-usuário, notadamente a partir das consequências e efeitos colaterais sobre a própria população, ainda pouco conhecidos. Trata-se de uma oportunidade: a população expressar o seu entendimento e percepção sobre a assistência médica, a partir do contato com este profissional.

A produção de vínculos na relação entre médicos cubanos e usuários brasileiros problematiza o governo de si e o governo do outro. O que se constata na atuação dos médicos cubanos, nos dois municípios analisados, é um verdadeiro interesse em auxiliar as pessoas e suas respectivas comunidades, por meio de consultas, visitas domiciliares, práticas de educação em saúde e prevenção de doenças. Os usuários brasileiros mostram satisfação com o acesso aos médicos cubanos, demonstrando e valorizando a sua presença.

O encontro entre esses indivíduos resulta numa produção de tecnologias inventivas, que não se reduzem a uma ciência aplicada para explicar fenômenos, mas reforçam a crescente necessidade da inclusão da subjetividade e do vasto campo da existência humana (dilemas, crises, conflitos, preocupações e decisões) nas relações estabelecidas entre indivíduos. Não é o idioma ou a cultura que afastam as pessoas entre si, mas o etnocentrismo da língua ou da cultura. Ao longo desta pesquisa, elencamos alguns elementos que possibilitam estabelecer a produção de vínculos no encontro entre médicos cubanos e usuários brasileiros. Inclusive, descrevem-se estratégias voltadas a transpor eventuais barreiras estabelecidas pelas diferenças linguísticas e culturais.

Dois questões fundamentais sobre o vínculo: solidariedade e normatização.

O vínculo solidário é uma profunda troca de saberes e de problematização do cuidado como ética da liberdade. Trata-se de um processo em combinação de saberes e cuidados, no qual as diferenças e semelhanças, em determinado encontro, produzem vínculos. Tem a premissa do cuidado como hipótese e provisoriedade de um saber suscetível a transformações, apto a criar outras formas de acessos entre indivíduos. A um só tempo, a oportunidade para o médico intervir sem abusar de seu poder de controle sobre o usuário e sem que este assuma uma posição de insubmissão frente aos poderes na relação com o médico.

O vínculo normativo/prescritivo/vigilante determina uma relação sem crítica, idealizada e carregada de identificação, aceitando um estado de dominação, amarrando, seduzindo, encantando, hipnotizado e criando um encantamento ilusório pautado na relação poder e saber.

No âmbito da saúde, muitas vezes, o vínculo é compreendido como sinônimo de cuidado e implicado com a experiência da relação entre médico e usuário. Sob este viés, o vínculo asseguraria outro saber (cuidado) alicerçado na verdade (evidência). O risco é o vínculo assumir a determinação da verdade e tornar a relação um meio para execução de ações baseadas em evidências aprisionadas pelo rigor abstrato, matematizante e cientificizado. Ao mesmo tempo, a potência do vínculo em tomar as evidências como uma maneira de ampliar o número de respostas (tratamentos e terapêuticas).

Assim sendo, o vínculo na esfera da saúde pode ser compreendido como um conjunto de arranjos do processo de trabalho, com a possibilidade de um cuidado singular numa conexão flexível da rede de vínculos, com profissionais atentos às evidências científicas, sem, no entanto, transformá-las em verdade.

O vínculo não é uma prescrição. É, antes de tudo, uma atitude no *êthos* do cuidado. Ainda que ele não tenha o mesmo prestígio conferido à MBE, possui idêntica importância. Em se tratando de elemento imaterial, é de difícil observação e constatação. Contudo, ainda que a MBE induza a uma materialidade (*papers* e protocolos), permitindo a construção de evidências e sugerindo tendências na prática médica – a constatação da “verdade científica” decorre do grau de clareza e distinção das probabilidades e da determinação da condição do objeto estudado –, ainda assim, trata-se de uma interpretação e prenúncio de um acontecimento futuro imaterial.

Ao mesmo tempo, a MBE provoca uma interação entre conhecimento científico e noção de dano. Configuraria, então, um dispositivo na produção de conhecimento científico, instituído para minimizar intervenções desnecessárias e reduzir danos, bem como poderia sugerir a “protocologização” das práticas médicas. Também faria da evidência uma expressão do risco, onde a evidência científica poderia sustentar uma intervenção antecipada.

Vínculo e evidência conjugam intervenções seletivas e adaptáveis. O vínculo não é o antídoto à evidência e a evidência não é a interpretação do vínculo. Saber não garante vínculo e poder não garante evidência. Trata-se da necessária conjunção, na prática médica pautada na ética do cuidado com a redescoberta de um método – narrativa do

singular – somada às evidências científicas da medicina. Por isso, o acesso e a comunicação são peças fundamentais no encontro entre médico e usuário.

A tese que ora se apresenta versa sobre a Ética na relação médico-usuário do SUS, colocando em foco seus vínculos. Trata-se do encontro entre dois sujeitos numa relação desequilibrada pelas relações de poder-saber, apostando em vínculos menos normativos e prescritivos e mais solidários, na medida em que o encontro ocorre entre indivíduos e seus modos de viver em sociedade. Um encontro entre humanos.

Assim, considera-se que esse estudo atingiu seu escopo na medida em que agregou contribuições em três dimensões: políticas públicas, atenção e formação. Essas dimensões são inseparáveis e podem disparar transformações na sociedade, especialmente no campo da saúde. O discurso da tese assinala a possibilidade de ultrapassagem dos princípios de exclusão de um discurso – o discurso médico.

Neste estudo, portanto, deu-se especial ênfase aos aspectos inerentes aos processos e movimentos singulares e coletivos, instituições e grupos. Uma inevitável indissociabilidade entre individual e coletivo, contexto e sujeito, ainda que, em muitos sentidos, podem existir determinadas sobreposições. Assim, pareceu-nos possível constatar a existência da invenção e condições da possibilidade de deslocar uma prática em direção à realização dos sujeitos envolvidos para a valorização da vida. Por isso, o desafio de criar conexões em redes de vínculos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.

ARENDT, Hannah. “Trabalho, obra, ação”. **Cadernos de Ética e Filosofia Política da FFLCH/USP**. São Paulo, v. 1, n. 7, p. 174-201, 2005.

_____. **A Condição Humana**. 12. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. São Paulo: UNESP, 2003.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool – Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. n. 206, quarta-feira, 23 de outubro de 2013, p. 1-4. 2013a.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. n. 130, terça-feira, 9 de julho de 2013, p. 49-52. 2013b.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologada em 06/06/2014, Parecer CNE/CES n. 116/2014, Resolução CNE/CES n. 3, de 20/06/2014. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos** – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. **Decreto n. 8.516**, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas. Diário Oficial da União. n. 174, sexta-feira, 11 de setembro de 2015, p. 1-2. 2015b.

BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 10. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2012. p. 189-217.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf> Acesso em: 03. de abr de 2014.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOURDIEU, Pierre (coord.). **A Miséria do Mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 23, n. 1, p.131-135, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. e rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.19-42.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

_____. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos. **Estudos em Saúde Coletiva**, n. 170. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1998.

_____. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 177-201, 2005.

_____. Medicalização, conhecimento o complexo médico-industrial. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Orgs.) **Ética, técnica e formação**: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010a. p. 55-66.

_____. A economia política da produção e difusão do conhecimento biomédico. CAPONI, Sandra, et al. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Ed. Unisul. 2010b. p. 36-48.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. De Medicina Preventiva à Medicina Baseada em Evidências. In: AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP, 2003a. p. 215-217.

_____. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003b. p. 68-77.

_____. ; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.10, p. 2797-2805, out. 2013.

CANGUILHEM, George. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 59-81.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, v.1, p. 139-146, 2004.

CARDOSO, Raquel Vaz. **Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família**. 2014. 268p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

CARVALHO, Mônica Sampaio de. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica**: um olhar implicado sobre sua implantação. 2013. 167 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.17, n.47, p. 913-926, out./dez. 2013.

CARVALHO, Sérgio Resende et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1251-1269, dez. 2015.

CASTIEL, Luis David. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CASTIEL, Luis David; SANZ-VALERO, Javier; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Epidemiologia, desastres, hiperprevenção e corpo-risco. In: _____. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: Biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 93-114.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Saúde e Revolução**: Cuba. Antologia de autores cubanos. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES, 1984.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs.).

Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 161-181.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13, v. 3, 469-478, jul./set. 1997.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, supl.1, p. 545-55, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. Mário Scheffer (Coord.). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

_____. **Demografia médica no Brasil 2015**. Mário Scheffer (Coord.). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

CUNHA, Elenice Machado da. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2009. 171 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Estilo de pensamento em educação médica um estudo do Currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC**. 2001. 227 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

DA ROS, Marco Aurélio. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. 2000. 208 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

DA ROS, Marco Aurélio et al. **Atenção Primária em Saúde na Venezuela**: Misión Barrio Adentro I. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1975.

DREXLER, Jorge. **12 Segundos de Oscuridad**. Espanha: DRO, 2006. 1 CD.

DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; FALAVIGNA, Maicon. Prática da Medicina Ambulatorial Baseada em Evidências. In: DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Básica Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 44-54.

FALK, João Werner. A medicina de família e comunidade sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v.1, n. 1, p. 5-10, nov. 2004.

FERLA, Alcindo Antonio. **Clínica em movimento**: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul: Educs, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e informação.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos V: Ética, Sexualidade, Política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Omnès et singulatim: Para uma crítica da razão política.** Trad. port. Selvino Assmann. Florianópolis: Nephelibata, 2006.

_____. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **A arqueologia do saber.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.

_____. **Microfísica do poder.** 27. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

_____. **A hermenêutica do sujeito:** curso dado no Collège de France (1981-1982). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

_____. **O governo de si e dos outros:** curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010b.

_____. **O nascimento da clínica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912). **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud:** Edição Standard Brasileira. v. 12. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1996a.

_____. Dois verbetes de enciclopédia (1923[1922]). In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**: Edição Standard Brasileira. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 64-89.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.16, n. 40, p.21-34, jan./mar. 2012.

GÉRVAS, Juan; FERNÁNDEZ, Mercedes Pérez. **São e salvo**: e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GIRARDI, Sábado Nicolau (coord.). **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GOMES, Luciano Bezerra. **A atual configuração política dos médicos brasileiros**: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. 2016. 298 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 59-107.

GROS, Frédéric. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 455-493.

GROSSMAN, Carlos. A nova cara da saúde no Brasil – a medicina de família e comunidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 41-44.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **As três ecologias**. Tradução Maria Cristina F. Bittencourt. 11. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografia do desejo. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Editora Objetiva: Rio de Janeiro, 2009.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JAMOULLE, Marc; GUSSO, Gustavo. Prevenção quaternária: Primeiro não causar dano. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 205-211.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Joinville: Prefeitura Municipal de Joinville, Secretaria Municipal de Saúde, 2013. 32 p. Disponível em:
<<https://saude.joinville.sc.gov.br/public/portalsaudeadm/imagens/conteudo/PMS2014-17versaoPUBLICACAO04dez2013.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.

KELLE, Udo. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 10. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2012. p. 393-415.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LOPES, Antônio Alberto. Medicina Baseada em Evidências: A arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v.46, n. 3, p. 285-288, jul./set. 2000.

LOPES, Anselmo Dantas; LICHTENSTEIN, Arnaldo. William Osler. **Rev Med**. São Paulo, n. 86, v. 3, p.185-189, jul.-set., 2007.

LOPES, José Mauro Ceratti. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1-11.

LÖWY, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 19-39.

MACHADO, Maria Helena (Org.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde**. 2007. 264 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Política, Planejamento e

Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016.

MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del ministerio de salud pública. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, v. 36, n. 3, p. 254-262, 2010.

MASSUDA, Adriano et al. Uma chama que se apaga: Residência de Medicina Preventiva e Social. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 633-643, out./dez. 2009.

MATTOS, Rubem Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p.41-66.

MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDRONHO, Roberto de Andrade (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**: Características Tecnológicas do Processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p.109-16, fev. 2000.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. p. 68-94.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOLINA, Joaquín et al. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 190-201, out. 2014.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.9, p. 2012-2020, set. 2009.

_____. Rastreamento de doenças. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 521-532.

_____. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 35, p. 1-10, abr./jun. 2015.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 17-37.

OLIVEIRA, Felipe Proença et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF, Brasil, 1979. 64 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. **The Ottawa charter for health promotion**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 21 nov. 1986; Ottawa, Ontario (Canadá). Genebra: OMS; 1986. Disponível em: <<http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/1986-OttawaCharterEN2.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. p.547-573.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA: Fiocruz, 2008b.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PINTO, Heider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, out. 2014.

POLINETO, Paulo. **Encontros no Centro de Saúde**: a Medicina de Família e Comunidade (MFC) e o sofrimento social. 2011. 235p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos. Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde. Programa Planeja Floripa Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 18 de fevereiro de 2014. Resolução nº 004/CMS/2014. Diário Oficial do Município de 07 de março de 2014. Florianópolis, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf>. Acesso em: 01 de out.2014

RAMOS, Vitor; CARRAPIÇO, Eunice. Pessoas que consultam frequentemente. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 141-151.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula Anderson. Integralidade e complexidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 60-70.

ROSE, Geoffrey. **Estratégias da Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC:UNESP, 1994.

SALES, Mozart Julio Tabosa. **Programa Mais Médicos: Resultados e novas demandas dos municípios**, 19 de março de 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 25 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. Disponível em: <www.abm.org.br/wp-content/uploads/2014/03/16-30-Mozart-Sales.pptx>. Acesso em: 16 dezembro 2015.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; LERMEN JUNIOR, Nulvio. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 28-41.

SÁNCHEZ SANTOS, Leonardo. **Introducción a la medicina general integral**. La Havana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2001.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria Costa; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov., 2015.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos básicos de epidemiologia clínica. In: DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Básica Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 54-66.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SINTES, Roberto Álvarez. **Medicina General Integral**. Volumen 1: Salud y medicina. 2. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

SPINK, Mary Jane Paris. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 217-230.

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

STEIN, Airton Tetelbom. Medicina Baseada em Evidências aplicadas à prática do médico de família. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.182-192.

STEWART, Moira et al. **A medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 19, p. 61-76, jun. 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDALE, Giulia. Conselho Federal de Medicina é contra a criação de cursos de medicina no país. Entenda o porquê. **Veja**. [São Paulo]. 06 abr. 2015. Caderno Saúde. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/conselho-federal-de-medicina-e-contra-a-criacao-de-cursos-de-medicina-no-pais-entenda-o-porque/>>. Acesso em 19 jun. 2015.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 681-717.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). European Academy Of Teachers In General Practice (EURACT). **A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)**. Portugal, 2005. Versão reduzida. Disponível em: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICES**Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – USUÁRIO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa com o título “Produções e interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira: análise do Programa Mais Médicos”. A investigação está sob a orientação da professora Dra. Marta Verdi, docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, além da coorientação da professora Dra. Marcia Grisotti, docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, e do acadêmico do Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas Carlos Alberto Severo Garcia Júnior.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o vínculo entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e médicos cubanos do Programa Mais Médicos, identificando as experiências já existentes entre ambos. Trata-se de uma pesquisa exploratória que tem como participantes usuários do SUS que recebem atendimento em Equipes da Estratégia da Saúde (ESF) no Estado de Santa Catarina.

Sua participação neste estudo na pesquisa dar-se-á mediante entrevista individualizada. O registro de sua participação será gravado e solicitamos sua autorização para este registro de coleta de dados. A entrevista será realizada seguindo prévio roteiro guia para abordar o tema, você poderá ter acesso antes da coleta de dados, se assim desejar. O tempo previsto para entrevista é de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

A entrevista ocorrerá, preferencialmente, nas dependências da unidade de saúde, quando possível em alguma sala disponível sem

interferências externas e com acústica de qualidade para não prejudicar o sigilo das informações. A coleta de dados será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEPSES-SC).

Garantimos que todos os aspectos que envolvem a pesquisa estarão de acordo com normas do Conselho Nacional de Saúde. Está pesquisa não lhe trará nenhum risco de natureza física, exceto um provável desconforto relacionado à realização da entrevista. Se você se sentir desconfortável em qualquer situação, não precisa responder a qualquer pergunta e/ou expor-se. Você pode se recusar a responder as perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza. Neste sentido, estarei disposto a escutá-lo sempre que necessário a fim de diminuir o desconforto sentido.

Esclarecemos que haverá cuidado com o manuseio e socialização das informações mantendo sempre o anonimato dos participantes. São assegurados o seu anonimato e a confidencialidade de suas informações. De igual forma, informamos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas da área e apresentados em eventos acadêmicos sem que haja a quebra do sigilo e do anonimato dos participantes.

As informações coletadas serão utilizadas somente pelos pesquisadores citados e, em nenhuma hipótese será revelada a identidade dos participantes da pesquisa. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante prévia solicitação. É sua escolha participar ou não dessa pesquisa, podendo, a qualquer momento, se assim desejar, desistir da participação livre de quaisquer ônus, devendo, para tanto, tão somente comunicar o pesquisador.

Toda informação será mantida em sigilo de modo a permitir a privacidade do participante em todas as fases da pesquisa e por um período de cinco anos, ficando os dados em posse do pesquisador, ao fim dos quais os mesmos serão eliminados. Você receberá uma cópia deste termo assinada e rubricada pelo pesquisador e as professoras orientadoras do estudo. Salientamos que sua participação é voluntária e gratuita, não fazendo jus a nenhuma remuneração como contraprestação.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, podemos conversar sobre ela agora ou você pode entrar em contato conosco da seguinte forma: Carlos A.S. Garcia Jr. (48) 9948-6694 e-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com; Marta Verdi (48) 9972-1499 e-mail: marverdi@hotmail.com; Marcia Grisotti (48) 9911-7709 e-mail:

grisotti@fastlane.com.br Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEPSES-SC), pode entrar em contato através do telefone: (48) 3212-1660.

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, declaro que fui convidado (a) para participar da pesquisa “Produções e interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira: análise do Programa Mais Médicos” e declaro estar devidamente esclarecido sobre os procedimentos e condições do estudo conforme descrição constante no convite e, neste ato de forma livre, espontânea e gratuita declaro que desejo participar da pesquisa, pelo que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento, assinada pelos pesquisadores.

_____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

Assinatura da Orientadora – Marta Verdi

Assinatura da Coorientadora – Marcia Grisotti

Assinatura do Pesquisador – Carlos A.S. Garcia Jr.

**Apêndice B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – MÉDICO (A)**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa com o título “Produções e interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira: análise do Programa Mais Médicos”. Investigação está sob a orientação da professora Dra. Marta Verdi, docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, além da coorientação da professora Dra. Marcia Grisotti, docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC, e do acadêmico do Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas Carlos Alberto Severo Garcia Júnior.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a construção de vínculos entre médicos cubanos participantes do Programa Mais Médicos e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando as experiências já existentes entre ambos. Trata-se de uma pesquisa exploratória com médicos cubanos que atuam no cuidado aos usuários junto às Equipes da Estratégia da Saúde (ESF), no Estado de Santa Catarina.

Neste sentido, sua participação na pesquisa dar-se-á mediante entrevista individualizada. A entrevista ocorrerá, preferencialmente, nas dependências da unidade de saúde em alguma sala de atendimento disponível, sem interferências externas e com boa qualidade acústica. O registro de sua participação será registrado em instrumento captador de áudio e, portanto, solicitamos sua autorização para este registro de coleta de dados. A entrevista será realizada seguindo prévio roteiro que servirá de guia para abordar o tema. O tempo previsto para cada entrevista é de aproximadamente 30 (trinta) minutos. A coleta de dados será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEPSES-SC).

Garantimos que todos os aspectos que envolvem a pesquisa estarão de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa em questão não lhe acarretará nenhuma exposição que coloque em risco sua incolumidade física, exceto um provável desconforto relacionado à realização da entrevista. Se você se sentir desconfortável em qualquer situação, não precisa responder a qualquer pergunta e/ou expor-se. Neste sentido, estarei disposto a escutá-lo sempre que necessário a fim de diminuir o desconforto sentido. Além disso, ficará desonerado de responder a perguntas cuja resposta transcenda seus conhecimentos técnicos ou que deva ser resguarda pelo dever de sigilo profissional, bem como àquelas que por motivos de foro íntimo não deseje responder. Esclarecemos que haverá cuidado com o manuseio e socialização das informações mantendo sempre o anonimato dos participantes.

Serão assegurados o seu anonimato e a confidencialidade de suas informações. De igual forma, informamos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas da área de saúde e ciências humanas e apresentados em eventos acadêmicos sem que haja a quebra do sigilo e do anonimato dos participantes.

As informações coletadas serão utilizadas somente pelos pesquisadores citados e em nenhuma hipótese será revelada a identidade dos participantes da pesquisa.

As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação. É sua escolha participar ou não dessa pesquisa, podendo, a qualquer momento, se assim desejar, desistir da participação livre de quaisquer ônus, devendo, para tanto, tão somente comunicar o pesquisador.

Toda informação será mantida em sigilo de modo a permitir a privacidade do participante em todas as fases da pesquisa e por um período de cinco anos, ficando os dados em posse do pesquisador, ao fim dos quais os mesmos serão eliminados. Você receberá uma cópia deste termo assinada e rubricada pelo pesquisador e as professoras orientadoras do estudo. Salientamos que sua participação é voluntária e gratuita, não fazendo jus a nenhuma remuneração como contraprestação.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderá obter esclarecimentos no ato da assinatura do presente ou por intermédio dos seguintes telefones e e-mails: Carlos A.S. Garcia Jr. (48) 9948-6694 carlosgarciajunior@hotmail.com; Marta Verdi (48) 9972-1499

marverdi@hotmail.com; Marcia Grisotti (48) 9911-7709
grisotti@fastlane.com.br ou, ainda, junto ao Comitê de Ética em
Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEPSES-
SC), pode entrar em contato através do telefone: (48) 3212-1660.

Eu, _____
_____, CPF _____, abaixo assinado,
declaro que fui convidado (a) para participar da pesquisa “Produções e
interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira: análise do
Programa Mais Médicos” e declaro estar devidamente esclarecido sobre
os procedimentos e condições do estudo conforme descrição constante
no convite e, neste ato de forma livre, espontânea e gratuita declaro que
desejo participar da pesquisa, pelo que estou recebendo uma cópia deste
termo de consentimento, assinada pelos pesquisadores.

_____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Assinatura da Orientadora – Marta Verdi

Assinatura da Coorientadora – Marcia Grisotti

Assinatura do Pesquisador – Carlos A.S. Garcia Jr.

Apêndice C – **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – MÉDICO**

Roteiro de entrevistas da pesquisa: Produções e interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira: análise do Programa Mais Médicos.

Dados de identificação

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Município: _____ Unidade: _____

Equipe: _____

Instituição formadora: _____

Especialidade: () sim () não Qual: _____

Tempo de formação: _____

Você já trabalhou em outros países:

() sim () não Se sim Qual? _____

Fez algum treinamento para atuar na ESF?

() sim () não Se sim Qual? _____

Tempo de atuação nesta equipe: _____

Você mora na comunidade que atua como médico?

() sim () não

Questões gerais:

- Como são os usuários daqui?
- Como você acha que os usuários lhe enxergam?
- E o que você acha que eles esperam de você? Você acha que todos esperam a mesma coisa ou há diferenças entre as expectativas dos usuários?
- Como você se sente trabalhando na ESF?
- Como você se relaciona com a comunidade quando termina seu trabalho?
- De que forma você usa os serviços do SUS?

Questões específicas:

- Fale sobre a comunicação com usuários:

Como você faz quando surgem dúvidas?

Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? () sim () não.

Quais as dificuldades?

- Como usuários expressam suas preocupações ou problemas?
- Como você acha que os usuários se sentem ao lhe contar suas preocupações ou problemas?
- Como você considera a questão do número de consultas por tempo de atendimento?
- Como você estabelece o seu tempo de consulta?
- O que você acha sobre atender pacientes que já conhece?
- Como é possível estabelecer vínculos com os pacientes? Você consegue?

Encerramento: a pesquisa é sobre vínculo, gostaria de abrir para você falar o que quiser sobre isso.

Apêndice D – **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS –
USUÁRIO**

**Roteiro de entrevistas da pesquisa: Produções e
interferências na Atenção Primária à Saúde brasileira:
análise do Programa Mais Médicos.**

Dados de identificação

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Município: _____

Unidade: _____

Profissão: _____

Tempo de residência na comunidade: _____

Tempo de utilização do serviço de ESF: _____

Tempo de acompanhamento com o médico do
PMM: _____

Questões:

- Como é o lugar onde você vive?
- O que é o Programa “Mais Médicos”?
- O que você acha do Programa “Mais Médicos”?
- Fale sobre as expectativas que existia quando vocês souberam do Programa.
 - Gostaria que você falasse sobre seu médico.
 - Como você se sente contando as suas preocupações ou problemas de saúde ao seu médico?
 - O seu médico sabe quais problemas são mais importantes para você?
 - Você acha que o seu médico entende o que você diz ou pergunta? Como você percebe?
 - O seu médico responde suas perguntas de maneira que você entenda? Como costuma ser?
 - Você acha que seu médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? Por quê?
 - Você mudaria de médico se isto fosse fácil de fazer?
 - Quando você sai da consulta, você sente vontade (confortável) para voltar?

Apêndice E – Lista de códigos e o número de vezes que foi citado nas entrevistas

- acesso {18-0}
- amizade {7-0}
- APS {8-0}
- atenção/qualidade da atenção à saúde {19-0}
- *check up*/rastreamento {5-0}
- comunicação, capacidade/transmissão, habilidade/interrogatório {23-0}
- comunidade/realidade local {8-0}
- confiança/desconfiança {31-0}
- consultas, mais {1-0}
- cuba/"cubanismo" {36-0}
- cuidado, sentidos/estratégias {42-0}
- defesa dos direitos dos usuários {2-0}
- descoberta/curiosidade {1-0}
- desconforto/desconfortável {3-0}
- escuta/escutar {30-0}
- ética, conflito {2-0}
- ética, entendimento {30-0}
- exame/procedimento/sintoma, sinais {7-0}
- experiência da doença {11-0}
- formação medicina {22-0}
- gestão, clínica {3-0}
- gestão, trabalho {4-0}
- integralidade {6-0}
- interrogatório {2-0}
- limites/ tempo, cuidado, vínculo {24-0}
- longitudinalidade/acompanhamento {31-0}
- medicalização {8-0}
- medicina {2-0}
- método centrado na pessoa {9-0}
- MFC {11-0}
- paciência/impaciência {4-0}
- parreshia {5-0}
- PMM {37-0}
- poder/compartilhamento {5-0}

- preconceito {2-0}
- prescrição/prescrever {6-0}
- preocupações/medos {11-0}
- prevenção quaternária {3-0}
- promoção/prevenção {10-0}
- raciocínio clínico {2-0}
- rapport {5-0}
- redução de danos {2-0}
- relação, família {8-0}
- relação, médico serviço {5-0}
- relação, multiprofissional {2-0}
- relação, poder/saber {28-0}
- relação, usuário-médico {50-0}
- resistências/ dificuldades {10-0}
- responsabilização/
responsabilidade/responsabilizar/corresponsabilização {17-0}
- riscos, usuários/controle {5-0}
- rotina {3-0}
- Saber/compartilhamento {16-0}
- satisfação {9-0}
- segurança {6-0}
- sensibilizar {1-0}
- sentimentos {12-0}
- solidariedade/solidários {10-0}
- SUS {6-0}
- tecnologias em saúde/médicas {13-0}
- tempo/tempo de espera {8-0}
- trabalho, “fora” {3-0}
- trabalho/equipe {6-0}
- valorização do trabalho e trabalhador {2-0}
- vida privada/pública {3-0}
- vínculo, sentidos {45-0}
- violência {1-0}
- visitas domiciliares {9-0}
- vulnerabilidade/território {21-0}

ANEXO

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa
(CEP/CONEP)SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES

Continuação do Parecer: 956.957

Estes Termos de concordância dos gestores / diretos atendem as exigências éticas do sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

O pesquisador atendeu as solicitações e recomendações feitas pela relatoria do CEPSES-SC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador justificou e anexou os documentos necessários, portanto, atendeu as solicitações e recomendações feitas pela relatoria do CEPSES-SC. Sendo assim, somos favoráveis a aprovação deste projeto, pois, atendeu as exigências éticas do sistema CEP/CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado sem ressalvas.

FLORIANOPOLIS, 27 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 300, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1669 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

Página 05 de 05