

SÉRIE MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E
O CUIDADO EM SAÚDE

CARLOS ALBERTO SEVERO
GARCIA JR.



PRODUÇÃO DE VÍNCULOS:

A RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS
CUBANOS E USUÁRIOS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
A PARTIR DO PROGRAMA
"MAIS MÉDICOS"



Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Produção de Vínculos:
A relação entre Médicos Cubanos e Usuários
do Sistema Único de Saúde a partir do
Programa “Mais Médicos”

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2017
Editora Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martnez-Hernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

AngeloSteffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martno – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo MacruzFeuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana StaevieBaduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batsta Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Arte da Capa

Leticia Santos Correa

Ilustração da Capa

"Cubanismo"- Kathleen Tereza da Cruz

Revisão de Português

Michelle Nóbrega Garcia Rivorêdo

Revisão de Conteúdo

Carlos Roberto Soares Freire

Copyright © 2017 by

Carlos Alberto Severo Garcia Jr

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

G216p Garcia Jr., Carlos Alberto Severo

Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos” [recurso eletrônico] / Carlos Alberto Severo Garcia Jr. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.

442 p. : il. – (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

ISBN: 978-85-66659-88-7

DOI: 10.18310/9788566659887

1. Sistema Único de Saúde. 2. Relação médico-usuário. 3. Programa Mais Médicos. 4. Atenção primária à saúde. 5. Medicina de família e comunidade. I. Título. II. Série.

CDU: 614.2(81)

NLM: WB50

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 – CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

*Qualquer ideia que te agrade,
Por isso mesmo...É tua.
O autor nada mais fez que vestir a verdade
Que dentro de ti se achava inteiramente nua...
(QUINTANA, 2009, p.38)*

Sumário

PREFÁCIO.....	7
INTRODUÇÃO.....	14
1 SAÚDE PÚBLICA E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	30
1.1 SOBRE OS MODELOS EXPLICATIVOS DE SAÚDE-DOENÇA	32
1.2 A EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	38
1.3 ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR O DIREITO À SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	44
1.4 MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: UM PROGRAMA EM QUESTÃO .	65
2 CUIDADO, TECNOLOGIA E VÍNCULO	109
2.1 DO CUIDADO DE SI.....	110
2.2 DA TECNOLOGIA E DO VÍNCULO EM SAÚDE	128
3 MEDICINA, CLÍNICA E INDIVÍDUO: O JOGO DE RELAÇÕES	153
3.1 MEDICINA E CLÍNICA: A SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	154
3.2 A MEDICINA COMO UMA ABORDAGEM.....	194
4 PRODUÇÃO DE VÍNCULOS: UM PROCESSO EM PERMUTAÇÃO	240
4.1 A RELAÇÃO MÉDICO E USUÁRIO E SUAS PRODUÇÕES DE VERDADE	241
4.2 PRODUÇÃO DE VÍNCULOS E SEUS SENTIDOS: TEORIA DO ENCONTRO	279
4.3 A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS CUBANOS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	327
4.4 A EVIDÊNCIA COMO TRANSITÓRIA VERDADE	372
CONSIDERAÇÕES FINAIS	410
REFERÊNCIAS	423

Prefácio

Biomedicina desliza-se no ato de cuidar: o acontecimento no encontro

Emerson Elias Merhy

Prof. Titular de Saúde Coletiva – UFRJ/MACAÉ

Na sua história, a biomedicina desliza sobre si de diferentes maneiras. Momentos de grande desenvolvimento de sua capacidade em criar e ler o corpo “biológico” tem como contrapartida a implementação e praticamente o imperativo de um saber tecnológico sobre sinais e sintomas, anatomia patológica, fisiopatologia e entidades adoecedoras que lhe dá grande domínio sobre um certo modo de agir e constituir o corpo individual do outro, ao mesmo tempo que lhe proporciona a criação de um certo saber sobre a construção da relação com o corpo do outro, extraindo desse as informações que necessita para clinicamente se impor soberanamente sobre esse outro, nada mais que um seu objeto. Falante na medida do necessário que esse clínica permita, pois essa o que faz é um verdadeiro interrogatório

digno de estratégias de “torturas”, agindo para a produção da fala do outro na direção do que se quer ouvir.

Agregar outras tecnologias de cuidado vai fazer parte desse processo, que matura no século XIX, na medida que cria para si outros agregados que lhe aumentam a possibilidade de melhorar sua capacidade de captar os sinais que vêm do corpo “biológico”. A invenção do estetoscópio, de aparelhos de medir pressão sanguínea, de consultar a temperatura do corpo numericamente em graus, de poder ver por dentro do corpo, entre outros, vão fazer parte desse processo centrado no saber tecnológico de uma certa clínica biomédica. Esses aparatos tecnológicos de constituição material palpável, por isso os chamo de aparatos tecnológicos duros, vão em invenção crescente se impondo a uma tendência já inscrita na clínica biomédica de aumentar a capacidade de ler o corpo “biológico”, e a um modo Ligia Clark com seu aparatos de ampliar o corpo sensível, vai alargando e impondo uma direcionalidade naquela clínica de ir tomando o todo do corpo, mesmo o biológico, pelos marcadores que esses aparatos de ampliação do sensível do saber biomédico vai proporcionando. Esse tipo de tecnologia dura vai adquirindo tal relevância no ordenamento do fazer de uma certa clínica

da biomedicina, que alguns passam a chamar, essa nova forma predominante de fazer medicina, de medicina tecnológica.

Biomedicina desliza sobre si, e agora de mão dada com o desenvolvimento intenso do capital industrial de equipamentos, sem falar no conjunto de aparatos que se agregam no campo da promessa terapêutica que a biomedicina traz, como a intensificação no uso de medicamentos, por exemplo.

O relacional, médico-paciente, fundamental na exploração de si nos primeiros momentos de sua construção, vai se apequenando, sendo visto como indicativo de uma crise na constituição e exercício do próprio ato médico, agora visto por muitos como subordinado a outros imperativos que não mais o seu próprio modo de ver o corpo, o outro, o adoecimento e as possibilidades terapêuticas.

As estratégias de abordagem clínica sobre o outro, corpo adoecido ou em ameaça de adoecer, no campo da relação médico-paciente, vão se ordenando de tal maneira que essa relação vai adquirindo uma ritualística tal que se não for seguida, não será vista como produtora da ação do médico. Essa relação vai sendo enquadrada dentro de um saber tecnológico inscrito no saber biomédico sistematizado como modo de capturar os sentidos do corpo do outro para si,

o médico, capturando os processos relacionais dados nesse encontro, impedindo, ou procurando impedir, que esse saia de uma certa maneira de ser e se expressar. Esse, para mim, é o mundo das tecnologias leve-duras, que sempre está concomitantemente constituído de modo transversal nos atos tecnológicos duros. Não há possibilidade dos atos de cuidar não se verem inscritos sem a presença de todas as configurações possíveis do agir tecnológico na saúde. Por isso, a terceira dimensão dessa configuração, para mim, é aquela que opera no território do encontro, na sua micropolítica, que sempre está aí, estabelecendo o mundo das tecnologias leves, relacionais, que só se materializam no momento do encontro e se constituindo como um campo dúbio, paradoxal, pois sendo tecnológico, no acontecimento do encontro, abre-se para fugas de si para lugares não possíveis de serem contidos pelas configurações tecnológicas de nenhum tipo. Nesse lugar das tecnologias leves o outro do encontro opera no acontecimento de tal modo, que a descaptura tecnológica torna-se possível. O devir-outro aí abre-se como corpos em acontecimento para além do enquadramento do biológico.

Nessa situação, a biomedicina desliza-se, sendo aberta pelos atos no encontros conforme certas mobilizações que se

faz no ato biomédico, de alguns das estratégias de cuidado operadoras das relações médico-paciente.

Abrir-se para a produção do acolhimento e do vínculo não é algo que esteja plenamente no domínio do que acontecerá no cuidado como acontecimento. Procurar singularizar o cuidado tão pouco.

O autor desse livro não tem nenhuma ingenuidade em relação a todas essa construção, ao contrário, opera por dentro dela e vai além, faz e se posiciona em relação a toda construção sobre o campo tecnológico da produção da saúde e extrai uma conversa bem problematizadora sobre isso. Vai além.

Tenta extrair no estudo de experiências efetivas da produção do cuidado em saúde, em dois cenários de realização do Programa Mais Médico (PMM), elementos que lhe permitam fazer leituras bem enriquecedoras sobre esses paradoxos, como chamo, de se ir além no acontecimento do encontro para o cuidado do enquadre tecnológico da própria biomedicina e suas estratégias de concretização, em especial pela presença imperativa que a vida do outro produz aí, também.

Nessa direcionalidade, afirma:

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.

...

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.

...

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.

Talvez, como última necessidade que tenho de escrever aqui, é que o meu reconhecimento da contribuição muito rica que o autor faz nessa sua produção - inclusive marcando a aposta que o material merece ser lido e problematizado, por todos que vêm na saúde um campo de práticas chave para a construção das próprias relações sociais entre vários coletivos -, não me coloca em uma concordância absoluta sobre o que o mesmo constrói de conhecimento e suas estratégias de produção desses saberes que vazam a todo tempo nesse material.

Mesmo porquê uma concordância cega seria uma bobagem em qualquer circunstância, além de retirar do próprio material do autor o que tem de muito rico no campo da produção de conhecimento, a capacidade de alimentarmos positivamente do debate aberto, claro e sincero. E, isso, não me impede de alimentar-me da sua produção e encontrar elementos bem enriquecedores sobre as minhas próprias formulações.

Carlos fez isso comigo, de forma intercessora.

Introdução

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 neste livro nascem de um conjunto de movimentos pessoais, profissionais e acadêmicos. São encontros e caminhos hiantes.

Trata-se da publicação de minha tese de doutorado, defendida em dezembro de 2016 no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na linha de pesquisa Evolução das Ciências da Vida e da Saúde, sob a orientação da Profa. Marta Verdi e co-orientação da Profa. Marcia Grisotti. Nesse processo, o auxílio, a colaboração e a revisão sistemática do Prof. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo foi fundamental para concretização deste livro. Além do incentivo e apoio do Prof. Emerson Elias Merhy.

Produção que tenta potencializar e ampliar sentidos e outras palavras. A ampliação e as conexões possíveis deste caminho 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, por isso.

Neste estudo, é tecido um conceito essencial, qual seja o da *Produção de vínculo*, compreendido 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, falar sobre produção de vínculos implica necessariamente dizer sobre uma rede - rede de vínculos na 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.

Além disso, assume-se a terminologia “*relação médico e usuário*”. Tradicionalmente, o tema da relação do médico

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.

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, adota-se a nomenclatura "relação médico-usuário". Primeiro, porque se trata de uma inserção destes dois sujeitos em determinado cenário (Sistema Único de Saúde – SUS). Depois, para romper com a conotação corriqueira de “paciente” utilizada mais frequentemente no âmbito da clínica, sobretudo na clínica médica.

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 constitucional.

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 na Atenção Primária à Saúde (APS) - um campo complexo de atenção à saúde à população que, no Brasil, cuja nomenclatura é utilizada como sinônimo de “Atenção Básica”, presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Considerando-se a especificidade da inserção de tais médicos no modelo de atenção à saúde brasileira, notadamente na APS, formulamos os seguintes questionamentos: *Há produção de vínculos 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) hostilidade² 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.

² 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.

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, tendo como campo dois municípios do Sul do Brasil.

Especificamente, trata-se de:

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 Sistema Único de Saúde brasileiro já está com mais de 25 anos. Trata-se de importante política pública para o acesso universal aos cuidados de saúde para a população. Em país com a extensão, diversidade e complexidade como o Brasil, torna-se um desafio superlativo 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, manifestos no distanciamento entre o seu interesse 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.

Extrapolando o enfrentamento dos claros de acesso ao cuidado médico, o PMM poderia ser considerado uma das ferramentas para o enfrentamento dessa crise. Inicialmente, o consistia na busca de solução para os 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 reduz 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 PNAB. Trata-se de desenvolver ações que abranjam 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A proposição da 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 realizadas sob a forma de trabalho multiprofissional e em equipe, definidas para a população de um território específico, prevê que os diversos atores assumam a responsabilidade sanitária por esses territórios.

[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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, parece ter 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 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, como sinalizamos, é a produção de vínculo na relação médico cubano 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.

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.

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.

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. 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 *misiones* em outros países (Venezuela, Bolívia, Guatemala, Equador, Timor Leste e Gâmbia) com tempo de atuação entre dois a sete anos. O tempo de atuação na equipe de Saúde da

Família variou entre 12 a 19 meses. Apenas dois moravam na mesma comunidade onde atuavam.

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. Foram participantes o total de treze usuários, destes nove mulheres e quatro homens. A faixa etária dos usuários variou entre os 40 e 77 anos. A profissão/ocupação predominante foi: aposentados (5), doméstica (2), dona de casa (2), agricultor (1), babá (1), servidora pública (1) e autônoma (1). O tempo de residência na comunidade oscilou entre 2 a 69 anos. O tempo de utilização da unidade de saúde compreendia entre 6 meses a 30 anos.

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 identificação.

No processo de análise foi realizada a construção de uma ordenação de todos os dados coletados. Foram feitas escolhas de citações literais e valiosas permitindo acesso e passagem a temas implícitos e explícitos – portanto, emblemáticas para criar uma narrativa. O arranjo foi estruturado em quatro blocos com 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.

Assinalado esses pressupostos, faz-se necessário adiantar para o leitor a estrutura da investigação aqui apresentada. O texto está estruturado em quatro 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.

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

1 Saúde Pública e Políticas de Saúde

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 e do enfrentamento da crise paradigmática supracitada.

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. Explicitada a historicidade da consideração do fenômeno saúde-doença, vamos aos seus elementos históricos constitutivos.

1.1 Sobre os modelos explicativos de saúde-doença

Exatamente por ser histórica, a concepção de saúde e doença variou no tempo e no espaço conforme os sistemas de crenças, concepções científicas, organização política etc. Houve momento, por exemplo, em que 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, multicasais de caráter biológico, em detrimento da concepção social (ROSEN, 1994).

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 influíram na 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 da 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. São contemporâneos da Revolução Industrial, da ascensão do capitalismo, da hegemonia da ideologia burguesa e da organização política 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. Modelos que contribuíram sobremaneira para tornar as cidades objeto de intervenção que originou todo o complexo processo de medicalização dos indivíduos e da sociedade ocidental (FOUCAULT, 2009), fenômeno que fará parte desse texto em outro momento.

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, Löwy (2006) afirma que o exercício seria tornar visível o invisível. A separação entre doenças e indivíduos se acelerou, no final de século XIX, com a chegada da teoria microbiana. A causalidade única nas doenças infecciosas e consequências do encontro entre um patógeno específico e o indivíduo vão garantir o movimento progressivo de separação entre a doença e os indivíduos (LÖWY, 2006). 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 e contribui para a

consolidação do "conceito de saber médico universal" (LÖWY, 2006, p. 31).

George Canguilhem (1904-1995), filósofo e médico francês, estudioso dos problemas relativos ao normal e ao patológico, apresenta suas considerações a respeito de Claude Bernard, reconhecendo seu valor, contudo, revelando que as explicações de Bernard tem limitações (CANGUILHEN, 2012). O autor considera que o conceito de saúde não pode ser reduzido a um termo "científico" (CANGUILHEN, 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). 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”.

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 tem aceitação 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 mesma 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).

1.2 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 381), e coloca luz sobre a própria conceituação de saúde que para além de condições de alimentação, moradia, educação, ambiente, trabalho, renda, lazer, liberdade, transporte, posse de terra e acesso a serviços de saúde é 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" (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 4).

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, 2008). 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 flexneriana³: hospitalar, biologicista, fragmentar e positivista.

³ 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,

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, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 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

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).

direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurado o acesso universal e igualitário a serviços e ações de saúde (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 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 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, que define atribuições de cada esfera de governo, objetivos, campos de atuação, princípios e diretrizes, entre outros; e a Lei Federal nº 8.142/90, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Ambas foram objeto de complementação por meio de leis complementares, decretos, portarias e outras regras que foram operacionalizando o SUS em diferentes âmbitos (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990a; 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 das 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. Entre tais experiências, mais recentemente, se opta pela adoção de um modelo tecno-assistencial considerado mais condizente com os princípios e diretrizes do SUS e que, potencialmente, parece ser capaz de enfrentar as dificuldades de implantação do sistema. O modelo baseado na Estratégia de Saúde da Família, adotado no SUS a partir da proposição de um Programa de Governo (Programa de Saúde da Família), em 1994, torna-se uma proposta alternativa pertinente.

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, alçada ao lugar de ordenadora estratégica do cuidado.

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

A surpresa daquilo que você deixou de ser ou deixou de possuir revela-se nos lugares estranhos, não nos conhecidos.

Calvino (1990, p. 28)

A concepção de APS é marcada por alguns registros históricos importantes. Um deles, talvez o mais conhecido, seja o “Relatório Dawson”⁴, 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 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

⁴ Bertrand Edward Dawson (1854-1945), médico da família real britânica.

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. Tem influência direta dos estudos de Virchow, contemporâneo a Semashko, que 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.

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

A conferência, presidida pela União Soviética, 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 a necessidade 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, com a proposição geral de sistemas universais, ao menos no que dizia respeito aos cuidados primários.

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, econômica, social e cientificamente.

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 Alma-Ata, vários países, empregam modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde, além de definições, enfoques e ênfases para a denominação “APS”. No Brasil, o termo APS está relacionado ao modelo de atenção seletiva – limitada às atividades dos serviços de saúde aos pobres –

renomeada por Atenção Básica em saúde (ANDRADE et al., 2012).

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) 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 APS 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) releva o caráter “racionalizante” de todas essas propostas. Elas refletem uma “economia da saúde”, traduzida como a maximização dos recursos disponíveis, por exigência do capital.

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. Demografia e Epidemiologia a serviço da racionalização de recursos - essa é a lógica da economia de saúde no SUS. Portanto, economia de escala para lidar com a finitude dos recursos, pela lógica financeira. Sugere-se caminhos para se maximizar os “resultados” e os “impactos” desejados. Um dos “reguladores” para enfrentar os custos desse sistema é, sem dúvida, o trabalho 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 atenção⁵. 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.

⁵ Alguns trabalhos traduzem como “coordenação do cuidado”.

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 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.

Assim, para Starfield (2002), a APS pode ser considerada um ponto de entrada à saúde individual, lugar de responsabilidade contínua do cuidado e o nível de atenção com benefícios na tradução e interpretação dos problemas enfrentados pelas pessoas dentro de seu contexto histórico e social. 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 principal 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 básica a oferta de uma reorientação do modelo assistencial, pautado

nos princípios da longitudinalidade, gestão do cuidado e de vinculação.

Nos últimos anos, o governo federal brasileiro tem assumido a perspectiva da APS como reorganizador da atenção à saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 (PACS), 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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.

O exame da longitudinalidade expõem 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p.9). Starfield (2002) diz da longitudinalidade como uma "relação pessoal de longa

duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde" (STARFIELD, 2002, p. 247) e que interrupções e descontinuidades da atenção não necessariamente interrompem a relação existente.

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”. Enquanto uma refere-se a uma relação em um longo período de tempo a outra reflete-se na força da relação entre os envolvidos. Conforme os autores, uma relação longa pode ter relacionamento ruim assim como uma relação em um curto período de tempo pode desenvolver um bom relacionamento.

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 primária 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. "A relação de longa duração que caracteriza a atenção primária será difícil de manter se uma das partes estiver desconfortável com sua consulta" (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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 do cuidado em saúde; 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 parte das 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 denominado pelo autor como “programas”.

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).

As múltiplas interações dos sentidos da integralidade indicam um processo que configura uma relação entre indivíduos, seus contextos, seus contatos, suas ações, suas redes de conversação, seus acordos, seus intercâmbios entre outras. É comum a integralidade, no âmbito da APS, reportar-

se ao atendimento das necessidades da população. No entanto, o "atendimento das necessidades" apresenta pelo menos duas significações: a interpretação partir de profissionais do que deve ter atenção e a tradução de entidades anátomo-fisio-patológicas como a leitura da experiência apresentada pelo usuário. Por isso, antes de reforçar um discurso e linguagem da ciência, a integralidade reflete uma noção ampliada de saúde, na qual a relação do sujeito com a comunidade, a família, o trabalho, o lazer e tantos outros elementos estão inter-relacionados e revela as diferentes expressões de suas necessidades. O diálogo entre profissionais e usuários, portanto, não pode estar dissociado do território aonde vivem e atuam essas pessoas, trata-se da corresponsabilidade na tomada de decisão de um conjunto de ações. Assim, o esforço da equipe de saúde na tradução e atenção das tais necessidades refletem a desejada integralidade.

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.

1.4 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). 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.

O MS, juntamente com o Ministério da Educação (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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 confiáveis e, conseqüentemente, a admissão "imediatista" de uma política de demografia médica estabelecida 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. No estudo, a razão médico-população no Brasil alcançaria um nível destacado entre os mais altos e 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, segue o enunciado categórico da contrariedade do CFM frente a tópico da expansão de vagas

no curso de medicina e a necessidade do provimento médico no sistema de saúde. O estudo 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 oferecidos⁶ 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

⁶ 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-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3> Acesso em: 03.10.2014.

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) – uma equipe conta, além do médico, com enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) – atendendo uma população de 115.689.533 habitantes, o que 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 médicos⁷. Além disso, considerando-se uma quantidade insuficiente de médicos, na proporção de 1,8 médicos para 1.000 habitantes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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

⁷ 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.

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) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). 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). 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 serviços de cooperação médica no cuidado à saúde de populações da América Latina, África, Ásia, Oceania e Europa. Para Carreño Celis e Salgado González (2005), uma expressão de solidariedade e internacionalismo do governo cubano. 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 General Integral*”, o que no Brasil corresponderia em certos sentidos 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 a produção de vínculo decorrente do encontro entre um médico e um usuário envolve aparentemente uma prática "invisível". 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, ambulatórios, 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. Afirmo 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.

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, movimentou 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 entre a política e a 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 do 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 SUS⁸.

⁸ 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

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 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

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.

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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 Família⁹. Entre os médicos participantes do PMM, há um número considerável de cubanos¹⁰, 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.

⁹ Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br>> Acesso em: 28.01.2016.

¹⁰ É possível consultar o nome e/ou o Registro do Médico (RMS) relacionado ao PMM no site <<http://maismedicos.saude.gov.br/#>>.

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”¹¹, 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, 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

¹¹ Os termos de cooperação podem ser consultados no site: <<http://maismedicos.gov.br/apoio-ao-gestor>>. Acesso em: 26.06.2016.

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)¹²; 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)

¹² Disponíveis no endereço eletrônico <www.mds.gov.br/sagi>.

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 seria pouco tempo para a análise de impactos nos indicadores de saúde. Ainda que duas tendências são evidenciadas com a implantação das intervenções relativas ao PMM: 1) a ampliação das equipes de Saúde da Família (eSF) com funcionamento regular e 2) o aumento da oferta de

consultas médicas e procedimentos coletivos nas diferentes fases da vida (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

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. Os resultados entre os usuários entrevistados revelam que 95% estariam satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM, 85% garantiram que a qualidade do atendimento melhorou, 87% disseram que o médico é mais atencioso e 82% deles considerou que a consulta com os médicos do PMM resolve melhor seus problemas de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

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.

2 Cuidado, tecnologia e vínculo

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

Fala de estudante de medicina

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.

2.1 Do cuidado de si

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 isto 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 se modificam 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. A autora 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.

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). Num período relativamente curto, porém profícuo, entre 1980 a 1984, 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 políticas¹³, 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, nos doentes, etc. Portanto, o cuidado como modo de ação, pensamos, pode refletir o agir e as

¹³Governamentalidade. 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.

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 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. 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 em 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 Clássica, 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. Noção 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 seautón* (aforismo grego para “conhece-te a ti mesmo”). 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 da 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 centrando 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 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*” (FOUCAULT, 2004, p. 270). O *êthos* de alguém, de acordo com os gregos, se traduzia pelos seus hábitos, por sua maneira de caminhar, pela tranquilidade com que respondia aos acontecimentos.

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 o atributo de 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).

Foucault (2004) sustenta sua proposta centrada nas práticas de liberdade, transcendendo processos de libertação, interessando-se pela questão do problema ético da definição dessas práticas. 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 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 (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 “antilsonja”, 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*¹⁴ 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

¹⁴ Na edição do Curso “O governo de si e dos outros”, o termo é utilizado na forma grega transliterada.

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).

Ao “dizer a verdade”, recuperando o sentido da palavra grega – *parrhesía* – tem-se a noção de que “a *parresía* 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 parresiasta 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 cuidado de si como comum aos homens quando executam uma ação qualquer; b) *êthos/parrhesía* e c) a verdade ou o jogo de verdade. Sinteticamente, estes são

conceitos relacionados à produção de vínculo entre médico e usuário, como veremos adiante.

2.2 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
Infinidamente 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*

(VELOSO, 1984, 02:29 min)

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 se refere 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. "(...) 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, diagnosticar, 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 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.

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).

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. Trata-se de considerar a produção de vínculo como "prática de si", na conformação de uma ética do sujeito foucaultiano, ou seja, do sujeito que, a um só tempo, é determinado (dominado) e determina (resiste) nas relações de poder que a prática da produção de vínculo engendra. Arriscaríamos dizer, também, 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 estudo¹⁵. 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 a partir de três eixos: 1) procedimento de investigação de processos mentais, 2) método para tratamento e 3) conexão

¹⁵ 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.

das duas anteriores produzindo uma nova disciplina científica (FREUD, 1996b).

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).

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.

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

Já 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, maquínica, 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 sendo um "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 coletiva¹⁶.

¹⁶ "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

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 psicanálise¹⁷ quanto da esquizoanálise¹⁸, 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 (2003) 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.

de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos circunscritos" (GUATTARI, 1992, p. 20).

¹⁷ Rosana Onocko Campos, no livro *Psicanálise & saúde coletiva* (2012), realiza uma profunda análise sobre suas interfaces.

¹⁸ 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, 2003, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 21).

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 oposição 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 algo mais.

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.

3 Medicina, clínica e indivíduo: o jogo de relações

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.

3.1 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 aqui perplejo,
No soy mas que todo oídos
Me quedo con mucha suerte
Tres mil millones de mis latidos*

(DREXLER, 2010, 01:52 min)

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, no encontro entre o médico e aquele que o procura, estabelece-se um jogo conduzido pela expressão daquele que sente e que está de posse do que sente e o outro, que capta, decodifica e interpreta o sentir alheio. No ato de interpretar o que era manifestação crua do corpo enunciada por aquele que dele é detentor, o médico intérprete transforma o soberano sentir na expressão do servilismo na ideia. O sentir é transfigurado para dar lugar a ideia de doença.

Contudo, nem sempre foi assim, como assinala o mesmo Canguilhem. 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.

Tal racionalidade foi objeto de um deslocamento no século seguinte. O tema da natureza curativa necessitou se exilar na literatura popular, enquanto os “fenômenos do silêncio espontâneo da natureza” divulgados pelos médicos austríacos e franceses, a partir da conjunção anatomopatológica e DE novas técnicas de exploração clínica, adquirem visibilidade e elevado apreço.

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.

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. 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 do desenvolvimento da medicina moderna vinculada aos ditames da razão iluminista. Nesse processo, a doença já seria objetivável, porque é “coisa”; universal, pois observam leis da sua natureza; originária, na medida em que possuem causa detectável, objetivável; revelável, desde que deixam seus sinais nos corpos.

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” e firmam um discurso que, como todo discurso, possui suas regras de formação e seus critérios de exclusão.

A medicina moderna conceitua-se por se referir tanto a uma prática quanto a um saber, ou seja, antes de tudo uma

prática discursiva. contudo, como não poderia deixar de ser, 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. Uma prática que força um discurso sobre o corpo e a doença que tem seus elementos constitutivos na captação do fenômeno do corpo, na sua complementação atrelada ao poder do discurso científico como verdade, na classificação por um cálculo de probabilidades e, como coisa, passível de submissão e de extinção.

Nesse processo, nessa formação de um discurso de verdade, seus critérios de exclusão são forjados para alijar tudo o que não se enquadra na racionalidade pretendida ou tudo que escapa do terreno da ideia e desse discurso de verdade. Categorias fundamentais como “sofrimento”, “saúde”, “homem”, “vida”, “cura”, são vistas como espaço da metafísica e historicamente 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. Para Camargo Jr. (1992), “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”. Esta se torna expressão de um discurso de verdade e o sujeito que sofre, tal qual ele é, está alijado do quadro, devidamente abstraído pelo discurso médico de verdade. Está aberto o espaço para um outro movimento de afirmação da ideia de doença.

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).

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 na qual 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. Ou seja, há de um lado, um discurso de uma verdade que sobrepuja os demais.

Para Foucault (2015), 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 como “fato patológico comparado”.

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. 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 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 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”. Dentro dessa lógica, a racionalidade médica segue valorizando o conhecimento nosológico, fortemente ligado ao olhar da clínica.

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. Contudo, 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.

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 e, no engendramento desse olhar, lança mão de outros campos do conhecimento cujo alicerce do saber se assemelhe ou lhe sirva de justificação. 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, tornando-se uma ferramenta para conduzir decisões e ações no âmbito da saúde pública e da própria clínica. entretanto, mais do que isso, ela é uma ciência que se debruça sobre seu objeto próprio: as doenças. mas sendo 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 enfretamento, 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 (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.

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. indicadores que são acompanhados de equações complexas e com muitas variáveis.

Assim sendo, os indicadores tornam-se produções de conhecimento, e, especialmente, saberes sobre as doenças; um recurso a ser utilizado para solucionar os problemas enfrentados pelas pessoas. diante disso, parece necessário indagar: como investigar a construção de conhecimento em saúde? Duas disciplinas do campo da ciência médica 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 científicas. Por intermédio disso, a “epidemiologia clínica” embasa práticas diagnósticas e decisões terapêuticas, que levam em conta benefício, riscos e relações de custo/benefício.

O grau de sofisticação das evidências clínico-epidemiológicas impulsiona uma “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), tornando-se ferramenta de grande “valor” para os médicos em suas intervenções. 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). Lopes (2000) afirma a MBE é traduzida na prática da medicina pela integração da experiência clínica com a habilidade de avaliar e de aplicar criticamente as informações científicas legitimando a "melhor" qualidade na assistência médica. Para Stein (2012, p. 184) tratar-se do “uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis atualmente para a tomada de decisões acerca do cuidado dos pacientes”. 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 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 eletrônicos¹⁹ 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, produtora de verdade:

¹⁹ 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>>).

O adjetivo 'clínica' se transforma no substantivo de mais amplitude 'medicina', e recebe uma 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”²⁰, 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 migrou da saúde pública para a clínica

²⁰ 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>

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 Mórbido 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 com um arcabouço genérico 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 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), CUJO método é descritivo E 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 data 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. 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 própria biomedicina.

Leavell e Clark, os autores da proposta classificatória, também apresentam a concepção de prevenção em três níveis: primário, secundário e terciário. A prevenção primária refere-se às medidas aplicadas as 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).

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, sinalizando 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 “iatrogenia²¹” – 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).

O mesmo autor aponta três tipos de iatrogenêse: 1) clínica, relacionada à constituição dos danos voltados ao indivíduo pela tecnologia médica, diagnóstica ou terapêutica; 2) social, referida ao efeito social das intervenções médicas e 3) estrutural, que se reporta à diminuição da sua capacidade de enfrentamento autônomo do adoecimento, bem como à destituição da potencialidade cultural das pessoas em

²¹ O médico, na língua grega, é o *iatrós* (ROSEN, 1994).

coexistir aos eventos e situações de enfermidade (luto, dor etc.).

A medicina se ocupa de um sistema de proteção à saúde que causaria 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 enfrentar os processos da vida, tornando-os passivos no cuidado, incapazes de pensarem e atuarem sobre si, no cuidado de si.

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, contribuindo para o 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 o 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 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 nas Ciências Sociais

(CARVALHO et al., 2015). Foucault (2009) aponta a família como o primeiro agente de medicalização na sociedade moderna, especialmente a partir do século XVIII, quando da organização da família pelo viés da política médica. 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.

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 parte das estratégias de controle social para o bom funcionamento da sociedade e o privilégio da higiene instauram o novo regime de saúde das populações. Ela é capaz de determinar intervenções autoritárias e medidas de controle, sobretudo no espaço urbano, nas 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).

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 revelados 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

caféina 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.

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”, cujas tecnologias 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 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

No campo da 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 seria 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).

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.

Em meio ao processo de medicalização da sociedade os indivíduos tornam-se regulados pela difusão dos dispositivos da biopolítica, entre eles, aqueles afeitos diretamente à prática médica, a partir daí ela mesma submetida às estratégias de controle dos corpos, a medicina e todo o cortejo de equipamentos que lhe dizem respeito direta e indiretamente.

De acordo com Jamouille 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. 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 categorizado como portador de 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.

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. Para Jamouille e Gusso (2012, p. 209) “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”. 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 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.

Neste capítulo vieram à baila 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.

3.2 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*

(KETI, 1964, 01:10 min)

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. Todavia, 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 biologia, 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, considerado 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 ambulatorios 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. 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.

Com efeito, seja na dimensão profissional ou na DOS 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 (MERHY, 2013).

A história da medicina e a 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.

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 “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.

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”, “reeduque-se”, pois a sua vida é sua tarefa. Entretanto, são proposições inexecutáveis por inúmeras pessoas, pois “adotar” a dita vida saudável é um projeto que envolve muito mais do que reger 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”²², 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.

²² 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 comunidade²³, diferentemente de outras especialidades, focadas em “partes” do indivíduo e de suas doenças, 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 oferta de vagas no âmbito de residência, aliada à exigência do primeiro ano em MFC ser obrigatória para

²³ 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.

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 e seu entorno. Alguns veículos de divulgação da própria MFC tratam-na como “*o médico especialista em pessoas!*”. 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 pessoas 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.

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 fluído 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.

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 resolutiva²⁴.

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.

²⁴ 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.

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 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.

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.

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. 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.

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. 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, por cada Equipe Básica de Saúde (EBS) (SINTES, 2008).

A MGI cubana dá seus primeiros passos em 1984. Tem seu início com 10 médicos recém-formados, em consultórios improvisados, com a responsabilidade de atender 120 famílias na área de saúde de Lawton. Os resultados positivos induziram a expansão da proposta em todas as províncias de Cuba. Desde a concepção inicial, a MGI fundamenta-se na premissa de uma especialidade médica. A formação e desempenho como profissional especialista, conforme Sintés (2008), ocorreu a partir da reunião de alguns professores das áreas de medicina interna, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Portanto, um grupo de especialistas para definição e concepção de uma outra especialidade. Progressivamente, a

especialidade e seus temas passaram a integrar os currículos dos estudantes de medicina e os residentes em formação.

A história do modelo proposto tem um contexto no qual a especialidade surge. Entre 1959-1984, mudanças políticas, econômicas e sociais produziram alterações importantes em Cuba. O país era neocolonial, monoexportador, agrícola e dependente (ROJAS OCHOA, 2005). Após as alterações provocadas pelo movimento revolucionário, essas condições político-econômico-sociais da sociedade cubana induziram um momento de surgimento de modelo um.

De modo geral, são esperados determinados princípios, atividades e atitudes dos especialistas. A atuação junto aos indivíduos deve ser concomitante a família e a comunidade e relacionada aos avanços das ciências biológicas e seus aparatos clínico-epidemiológico. Ao especialista em MGI cabe concentrar sua prática na promoção, prevenção e a compreensão da pessoa relacionando as dimensões biopsicossocial. Assim, esse profissional diminuiria a procura por "superespecialialidades", teria a capacidade de impactar nos indicadores de saúde, reduzir os custos a atenção à saúde e os efeitos das iniquidades e das inacessibilidades (SÁNCHEZ SANTOS, 2001).

A história do modelo cubano de medicina familiar, de acordo com Sanso Soberats (2005), relaciona-se a aplicação dos princípios da APS e a necessidade de cumprir um serviço social. Para o autor, quatro fatores foram possíveis para a concretização da medicina familiar cubana: 1) as mudanças no quadros epidemiológicos em Cuba, 2) a insatisfação da população com os serviços de saúde, 3) a experiência com a epidemia de dengue hemorrágico em 1981 e 4) vontade política.

Assim, ao longo dos anos 1980 ocorreu um amplo desenvolvimento de experiências e do ensino para o desenvolvimento das práticas dos médicos especialistas. Estes concentravam seu trabalho nas demandas dos pacientes e ações de educação comunitária. Embora, no início da década de 1990, a procura e prestígio da MGI tenha sido destacada, a medicina familiar, assim como toda a sociedade cubana, foi impactada por uma crise econômica resultado do intenso bloqueio que foram submetidos. De tal modo, a formação médica também acaba atingida. Mesmo sem acesso a recursos básicos para o exercício de sua profissão e a complexa realidade social - fatores importantes para interferir no modelo da medicina familiar cubano - os médicos cubanos trabalhavam em instalações inadequadas e, em alguns casos,

compartilhadas, a existência da MGI assegurou, mesmo em momentos de crise, a acessibilidade universal dos cubanos ao sistema de saúde (SANSO SOBERATS, 2005).

Para Sanso Soberats (2005), pode-se considerar quatro momentos marcantes da medicina familiar cubana: Fase política (1984-1989), Fase do estagnação (1990-1994), Fase do perfeccionismo metodológico (1994-2002) e Fase do Projeto de Revolução (2002-atual).

A Fase política caracteriza-se pela prioridade do governo, sobretudo de Fidel Castro, na construção de consultórios para cobertura de toda população cubana, a implantação, em 1987, do "*Programa de Atención Integral a la Familia*" (PAIF), origem do Programa de Trabalho de Médicos e Enfermeiras da Família que inicia em 1988. A Fase do estagnação foi uma etapa na qual se analisou e valorizou as informações provenientes da comunidade, presenciou muitos problemas na operacionalização do modelo proposto (regionalização da saúde) e a insatisfação dos médicos com suas condições de trabalho. A Fase do perfeccionismo metodológico é marcada pelo nascimento da Sociedade Cubana de Medicina Familiar, ampliação de encontros científicos, avanços em publicações científicas e resultados do modelo cubano de medicina familiar. A Fase do Projeto de

Revolução consiste na ampliação e modernização de serviços de saúde e do uso de novas tecnologias, sobretudo, reafirmando a APS como ordenador do cuidado em Cuba (SANSO SOBERATS, 2005).

Ao longo do tempo a MGI encontra-se com diferentes dificuldades relacionadas ao contexto socioeconômico – indisponibilidade ou restrito serviços de saúde, desde laboratórios clínicos até equipamentos de raio X – capazes de induzirem o médico a enfrentar cotidianamente as impossibilidades relacionadas ao bloqueio econômico, as próprias condições do sistema e problemas de saúde. Sobretudo, trata-se de modificações na ordem macropolítica e micropolítica que afetam as relações que estabelecem entre o médico e a população, entre as famílias e o cuidado. Como não desanimar com as circunstâncias que se impõem? Como trabalhar nas condições adversas e escassos recursos? Como manter premissas éticas?

A subjetividade do médico cubano, dentro das especificidades da MGI na sociedade cubana, compreende uma singularidade deste "ser médico cubano". Para tanto, pode-se ponderar pelo menos a interferência de dois fatores: a revolução cubana e a solidariedade como princípio ético. Ambos têm influência direta da prioridade política e da

concepção de sociedade cubana. Inegavelmente, após 1959, os propósitos de uma sociedade socialista cubana repercutem em todos os âmbitos, por si só produzindo agenciamentos, transformações e produção de subjetividades dos sujeitos envolvidos em seus os distintos processos culturais (imateriais e materiais) da qual estão atravessados pelos aspectos coletivos, institucionais e sociais.

Em termos comparativos – ainda que se trate de uma elaboração hipotética – o que aproxima e o que difere a atuação do MGI cubano e do MFC brasileiro está em pelo menos nos seguintes itens: a) os aspectos sociais, políticos, culturais e econômico, b) o sistema de ensino em medicina, c) o sistema de saúde, d) o processo de subjetivação e e) o mercado de trabalho. Grosso modo, a especialidade cubana proporcionou mudar o panorama da APS e da atenção à saúde como um todo. Alguns aspectos merecem destaque: a) econômico-sociais, b) conjuntura política que permitiu a emergência do modelo c) a resposta do sistema educacional às necessidades evidenciadas na mudança do modelo d) as adequações que o modelo exigiu ao sistema de saúde cubano? e e) o perfil do médico que atua nessa especialidade.

O PMM e as iniciativas de cooperação internacional cubana em saúde podem ter uma íntima relação. Cuba cria um

modelo de atenção que prevê reorganização da atenção médica visando a um modelo que imponha uma racionalidade organizativa com o objetivo central de otimizar recursos. tal racionalização vê na APS como ordenadora do cuidado a opção mais viável para o intento. investe-se na APS para economizar nos demais níveis do sistema.

Em um país pobre, escassamente industrializado, de economia agrícola e de serviços, submetido a um bloqueio econômico rígido e potencialmente destrutivo da textura social, sob um regime político autoritário, como se conseguir mais recursos para enfrentar a situação social, econômica e política desfavorável?

A ideia de internacionalização. exporta-se o modelo cubano de atenção à saúde e, indiretamente vende-se tecnologia, calcada no trabalho médico. Em outras palavras, o estado cubano investe recursos na formação de profissionais e na reorganização do sistema e cobre parte do prejuízo nos acordos de cooperação para assistência médica. Lembremos que parte dos vencimentos dos médicos nos acordos vai para o governo cubano.

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.

Stewart, aluna de doutorado de Ian Renwick 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. Essa proposição designa uma mudança no conjunto de manifestações que caracterizam esse coletivo de médicos. Duas diretrizes devem-se destacar: 1) ruptura da lógica que o médico é autoridade plena e a pessoa é passiva, portanto, demarca a necessidade de compartilhamento de poder no relacionamento e 2) sensibilidade frente ao sofrimento humanos, por conseguinte, criando um balanceamento entre o subjetivo e o objetivo (STEWART et al., 2010).

São propostos seis componentes interativos no processo de atendimento centrado na pessoa, de acordo com Stewart et al. (2010). 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 desenvolver uma relação de confiança, de compartilhamento de poder e colocar em análise os aspectos transferenciais e contratransferenciais.

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.

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, dever-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 predizer 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 “descontrair”, 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 “descontrair” 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.

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. De acordo com Jamouille e Gusso (2012), ela depende do tempo e de tudo que o médico conhece o seu paciente.

Assim, compreende-se que o médico ao longo dos anos pode tornar-se o organizador de atividades preventivas, embora reconheçam os autores que a noção de prevenção está profundamente relacionada ao uso do conceito de diagnóstico. Destacam que a WONCA, em 1999, ao adotar a definição de “prevenção quaternária” como expressão e resultado de um relacionamento entre médico e paciente propõe-na como uma maneira de colocar em análise permanentemente as fronteiras do trabalho do médico de família.

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). Ao mesmo tempo, consideram Jamouille e Gusso (2012, p. 209) que: “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”

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.

4 Produção 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 identificar posições e manifestações da produção de vínculos entre médico cubanos e usuários do SUS.

4.1 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*
(LEMINSKI, 2013, p. 265)

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 no formato proposto pela APS.

Eu trato o paciente como uma pessoa normal, escuto e examino. MED 02²⁵

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. Olhar que se detém diante da prescrição técnico-científica e, diante da sua insuficiência, chama ao ato outros conteúdos que lhe são

²⁵ Os fragmentos das entrevistas são apresentados em *itálico* por convenção do pesquisador.

externos. Assim, as ações e qualificações “trato”, “normal” e “examino” assumem significados nas esferas científicas e humanas. Essa seria a raiz da desarmonia no discurso médico diante de um corpo que tenta objetivar, mas persiste na imposição de sua humanidade.

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 nesse tentativa de objetivação. A avaliação dos usuários, a partir de técnicas de exame de enfermidades e recursos de identificação das condições patológicas, coloca em evidência as manifestações 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 relacionados 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 escuta.

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 regulada 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. A última frase no depoimento a seguir atesta 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 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 centrados em procedimentos, 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, ou 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

Neste ponto, o discurso funciona com dupla função: como testemunha e 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 suavizar 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: ruptura-transcedência, ou romper com a ordem e os enunciados predefinidos na apropriação social do lugar do médico; compartilhar a produção de verdade, e sedução para alcançar certos objetivos, ou 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 físico 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.

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”, o próprio médico e o usuário podem ser representantes da “verdade”, do saber científico, da dominação moral, na mesma medida? Certamente não. Este seria um dos aspectos fundantes da produção de verdade. Esses 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) 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 se expor, 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 esses 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 implicado na noção de “conhecer” e de “relacionar-se”: o domínio do desconhecido e do próprio

exercício de poder do médico sobre o usuário e a influência do desconhecimento para o próprio governo de 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

Ainda no modo como o usuário expressa sua relação com o médico sustentada na relação de saber-poder 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 se ocuparem 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 desde o 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, essas espécies 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 categorias – 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 de o 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 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. Para Machado (1997), a credibilidade ético-profissional e a confiança são aspectos definitivos na relação. Conforme a autora, o médico além de desempenhar um forte e real poder de ação sobre o paciente, ainda o torna 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 ao mesmo tempo em que caracteriza-se por uma ação de poder sobre o corpo do outro também consiste em uma tecnologia de aproximação que 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 leve-dura para afastá-la de uma produção de 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 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. Por hora, importa evidenciar como esses processos de reordenamento objetual da medicina e sua consequente inclusão do usuário na decisão e aplicação do plano terapêutico é visto por estes.

Ela [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 sabedor 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 intervenções complexas. 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 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 em benefício da 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.

4.2 Produção de vínculos e seus sentidos: teoria do encontro

*Essa minha segura
essa falta de sentimento
não tem ninguém que segure,
vem de dentro.
Vem da zona escura
donde vem o que sinto.
Sinto muito,
sentir é muito lento.*
(LEMINSKI, 2013, p. 203)

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 contracorrente a uma noção do “autocuidado” moderno que estabelece o dever particular de cuidar e fazer por si próprio o impossível para, o que Gérvas 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 da ideias, dos valores e das crenças da troca estabelecida entre médico e usuário.

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 no 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 imerso na relação 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 receio 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.

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 discricção 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, ou seja, o *setting* da afirmação da biomedicina. 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 infortunada, 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, subseqüentemente, 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 haja duas facetas ao se produzi-lo 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 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 institucional formal, 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 autores refutam essa ideia. Antes deles, 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). As declarações dizem respeito a necessidade de aprender tecnologia médica, mas para incorporar um jeito de viver e, para além da tecnologia, o médico precisa fixar o olhar no doente e não meramente na doença.

Trata-se, portanto, de uma ruptura 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 clínica, 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”, ou daquilo que há no usuário que não diz da doença, mas talvez da saúde.

“Falamos de tudo”, diz o médico entrevistado. Esse fator transmite a possibilidade de exprimir-se de acordo com sua vontade, sem apego às conveniências das prescrições institucionais, *“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 apeço 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, entre outras coisas, 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 sentindo 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.

Superação que tem, como parte integrante, a produção de vínculos solidários entre os agentes envolvidos na relação. O quadro aqui descrito, com seus elementos constitutivos, apresenta o grau de complexidade que implica a produção de vínculo entre eles. tal construção, seria prudente afirmar, torna-se condição para o exercício do ofício médico, cujo objeto ultrapassasse o corpo doente em direção às pessoas e ao aperfeiçoamento de si próprio como tal.

Assim considerado, esses atributos poderiam ser encontrados em qualquer médico, de qualquer origem. Contudo, o que aqui se pretende é perseguir como a produção de vínculo se faz presente na prática dos médicos cubanos e suas especificidades. em outras palavras, o que o tornar-se médico em Cuba marca a produção de vínculo entre este profissional e o usuário do SUS-Brasil, na APS.

4.3 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 Guevara²⁶*

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

²⁶ A citação direta da fonte primária não foi possível encontrar, pois o registro do autor foi realizado muito anos atrás, à época, sem conservar a devida referência bibliográfica.

representação de discursos que equacionam as relações entre indivíduos e suas vidas em conexões materiais 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 desiguais como as pessoas vivem, adoecem e morrem. A premissa seria a 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, 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.

No encontro entre sujeitos se compartilham vivências e experiências, transmitem-se saberes e se promovem outras palavras sobre saúde. Tal maneira de enxergar implica uma 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” junto com o outro. 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 pela população e, dessa forma, contribui para a redução das desigualdades em saúde

difusas nas cidades, nos estados e pelo país, reflexo da iniquidade presente em sociedades como a nossa.

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 intervenção 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?

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.

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 a potência do PMM no que se refere à possibilidade de interferências na produção de vínculo seja na relação de cuidado quer seja no impacto social da presença dos médicos.

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 *“Brasis”*, temos também muitas características e nuances de línguas que se entrecruzam num mesmo lugar. Chama a atenção a expressão utilizada por um médico entrevistado ao referir-se às palavras próprias de um país, para as quais não existe tradução: *“cubanismo”*. O cubanismo pode ser uma forma de esclarecer o que, talvez, para muitos brasileiros no começo do PMM era

incompressível 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 dos seus. 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, as “*misiones*”, 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”. A atitude solidária pressupõe uma escolha política, portanto, trata-se da confluência entre ética e política.

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” 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 vitais, como a alimentação. Desde a década de 1960, os EUA tem um bloqueio econômico, comercial e financeiro contra Cuba. 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 saúde com a função de formar 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 um saber 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.

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 "fulana de

tal" e moro em um castelo, 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

Ao retratar a sua realidade o usuário expõe suas histórias de acordo com suas necessidades. A tentativa é falar de um modo de viver para expressar as condições vivenciadas.

Uma gestante, por exemplo, além de ser mãe, trabalhadora, mulher etc., pode ter seus motivos e pretextos para revelar uma "outra" realidade, 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" 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 predominantemente 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?

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 elementos políticos e éticos.

No exemplo a seguir, o entrevistado analisa as barreiras e dificuldades enfrentadas pela população da comunidade em que 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 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 indicavam a assertiva proposta nos estudos de Virchow: 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.

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.

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 e provedor 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 e que o trabalho incide sobre o próprio agente do Estado como fonte possível de geração de doença.

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.

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 mostram as suas condições de saúde e as vulnerabilidades destas populações. O território revela as dificuldades existentes no acesso ao cuidado médico em determinados territórios.

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. 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.

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.

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 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. Ainda que o usuário atribua o fato à intervenção divina, compreende que o médico cubano é um sujeito que recorre à “humanidade” no exercício de seu ofício. Seria humano porque tem pena (piedade), porque se mobiliza pela condição desfavorável do outro (compaixão) ou, se identificando com o outro na sua humanidade, se solidariza com ele no seu sofrimento e utiliza de sua prática para amenizá-lo (solidariedade). Isto poderia ser uma especificidade do médico cubano, na medida em que ao se formar médico passou um tempo exercitando tal aproximação, no território e não no hospital, no qual essas dimensões se vêm apagadas pelo peso normativo da instituição.

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 publica 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, peço 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, conforme apontado em capítulos anteriores, 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*

General 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 possível trabalhar das 17 às 21 horas para facilitar o acesso, principalmente aos trabalhadores e estudantes com consultas programadas. Conforme Sanso Soberats (2005), essa modalidade para atendimento a população é conhecida como *"deslizantes"*.

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. Sintés (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 Sintés. 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 Sintes (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.

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.

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 triglicerídeos 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 pública 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).

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 o 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.

Em suma, o médico cubano, quer seja pelas suas especificidades e pelo modo como os usuários julgam tais especificidades, está marcado por uma palavra-emblema: a formação da medicina centrada nas pessoas e na solidariedade como marca de uma opção político-ideológica diante dos fenômenos de vida e da morte.

4.4 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*

(SEIXAS, 1998, 01:49 min)

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 manual.

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 problematizados (CAMARGO JR., 1992). Isto 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 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 “extra-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 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. Ai, 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 a entrevistada: “*eu estou preparada para isso e não tem jeito*” e “*sou formada na base do comportamento humano*”. 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 um cuidado totalizador? Como não se “estressar”, como refere a entrevistada, diante das limitações e impotências dos serviços de saúde e da própria realidade

enfrentada pelas pessoas? Como propor uma intervenção e indicar um cuidado, se não há ou são poucas as condições e opções para acessar meios de alcançar esse cuidado? Perguntas que podem contribuir para desvendar os processos inerentes a ocasião do encontro entre médico e usuário, porém sem respostas preconcebidas.

Cabe interrogar se sobre as próprias ofertas e propostas de intervenção estão sintonizadas com a realidade dos usuários. Também compreender e interpretar que às demandas como, por exemplo, o pedido de medicação (sertralina e rivotril), citado pela médica, diz de uma posição acrítica sobre áreas indefinidas da própria condição humana.

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 amidalite. 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 sua 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 pela 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

Jamoulle 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.

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, 2003), 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 benzodiazepínicos (fármacos semelhantes à diazepam com propriedades ansiolíticas) 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 voluntários²⁷, autores de trabalhos e recomendações na

²⁷ Exemplos: U.S. Preventive Services Task Force (<www.uspreventiveservicestaskforce.org>) – Força- Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos. The Canadian Task Force on Preventive

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 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, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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.

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 desconfianças. 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. 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” do paradigma biomédico.

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. Não se trata somente de problematizar o estado “temporário” dos resultados conveniados (o que chamamos de materialismo provisório) do modo de operacionalização da relação médico-usuário, através de manuais diagnósticos, dados estatísticos, explicações epidemiológicas, descrições clínicas e rastreamentos avaliativos, mas considerar, também, o vínculo, suas características e relações, como uma evidência das múltiplas implicações ética no cuidado.

Assim, a medicina, pela sua história e seus compromissos nas redes constitutivas de seu poder-saber, termina por forjar argumentos de verdade e, mais

recentemente, se utiliza de evidências para justificar sua intervenção sobre o corpo, o homem e a vida – medicalização.

Para tanto, lança mão das ciências que lhe dão suporte, entre elas a epidemiologia (o epidemiopoder), a física (os elementos que amparam a “invenção” de equipamentos/aparelhos), a química (toda a produção massiva de medicamentos) e a biologia (os termos de evidenciar no corpo todo o complexo que envolve a saúde, a doença, a vida e a morte).

Os médicos cubanos não escapam a essa armadilha, a não ser quando eles priorizam o jogo de relações solidárias e seus procedimentos de aproximação com os sujeitos-usuários, pela investida no “ir além”, pela relativização das tecnologias duras e leves-duras, pelo compromisso com os sujeitos usuários visando ao seu bem estar mais consistente e não imediato dado por medicamentos e exames que podem ser postergados, pela compreensão ou o esforço de compreender o usuário produzindo vínculo solidário com a prática da conversa e da investigação do seu comportamento.

Há alguma especificidade nesses médicos quanto à produção de vínculo, ela foi engendrada por algumas premissas que nortearam seu “tornar-se médico”:

- 1) a formação com o direcionamento para uma prática solidária por estar centrada no bem estar das pessoas que lhes procuram;
- 2) antes disso:
 - a. pelo compromisso político-ideológico com um modelo de sociedade cujos alicerces são opostos aos nossos.
 - b. pela ausência ou menor interferência do complexo médico-industrial nos mecanismos e processos de decisão médica.

Portanto, a função da evidência se torna menos potente na produção de verdade. O processo de medicalização da vida sofreria uma dobradura sobre si mesmo, porque os fins são outros e os usuários também o são.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fim é uma expressão circunstancial, uma tradução de pensamentos traçados à razão, uma manifestação de limites entre ideias. 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.

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 investigação 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.

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 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. 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 conhecimentos. 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, apesar de aprisionados na *epistème* da biomedicina, conseguem imprimir uma outra maneira 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 para produzir cuidado em saúde – na 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. 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.

A atitude, atenção e ação envolvendo esses sujeitos têm um contexto de aparecimento, atrelados a esfera política e aos limites éticos das próprias práticas em transformação do cuidado de si.

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.

Duas 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 fenômeno da

solidariedade está enunciado na produção deste vínculo em alguns momentos até de maneira explícita.

O vínculo normativo/prescritivo determina uma relação sem crítica, idealizada e em um estado de dominação. Na qual os indivíduos estão amarrados, seduzidos, encantados, hipnotizados produtores de 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.

Essa produção versa sobre a ética na relação médico-usuário do SUS, colocando em foco seus vínculos. Trata-se do encontro entre 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, L. O. M. et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.

ARENDT, H. “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, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. São Paulo: UNESP, 2003.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

BAREMBLITT, G. **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.

BRASIL. 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 à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. 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.

BRASIL. **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.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **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.

CALVINO, I. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CAMARGO JR., K. R. (Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

CAMARGO JR., K. R. 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, R.; LOPES, T. C. (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, S., et al. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Ed. Unisul. 2010b. p. 36-48.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 68-77.

_____. ; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. 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, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 59-81.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, v.1, p. 139-146, 2004.

CARDOSO, R. V. **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, M. S. **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.

_____. ; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.17, n.47, p. 913-926, out./dez. 2013.

CARVALHO, S. R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1251-1269, dez. 2015.

CARREÑO CELIS, R.; SALGADO GONZALEZ, L. Otros aspectos de la evolución histórica de la educación médica superior en Cuba desde 1959 hasta el 2004. **Educ Med Super**, v. 19, n. 3, p. 1, sept. 2005.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. 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, E. **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, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (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.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M. 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, L. C. O. 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.

CECILIO, L. C. O. 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.

CUTOLO, L. R.A. **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, M. A. **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.

_____. et al. **Atenção Primária em Saúde na Venezuela: Misión Barrio Adentro I**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1975.

DREXLER, J. Tres mil millones de latidos. In: CD, Álbum: **Amar la Trama**. WEA, 2010.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; FALAVIGNA, M. Prática da Medicina Ambulatorial Baseada em Evidências. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Básica Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 44-54.

FALK, J. W. 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, A. A. **Clínica em movimento**: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul: Educus, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e informação. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FOUCAULT, M. **Ditos & Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Omnes 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.

FOUCAULT, M. **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, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

FREUD, S. 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.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. 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, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **São e salvo**: e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GIRARDI, S. N. (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, L. B. **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, F. A. A. 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, F. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 455-493.

GROSSMAN, C. 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, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **As três ecologias**. 11. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

_____.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Editora Objetiva: Rio de Janeiro, 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JAMOULLE, M.; GUSSO, G. Prevenção quaternária: Primeiro não causar dano. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 205-211.

KETI, Z. **Acender as velas**. LP, Mocambo, 1964.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEMINSKI, P. **Toda poesia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LOPES, A.A. 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, A. D.; LICHTENSTEIN, A. William Osler. **Rev Med.** São Paulo, n. 86, v. 3, p.185-189, jul.-set., 2007.

LOPES, J. M. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1-11.

LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política.** Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUZ, M. T. **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, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 19-39.

MACHADO, M. H. (Org.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, R. **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, D. C. 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, N.; MARTÍNEZ CRUZ, E. 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, A. 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, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p.41-66.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **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, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. 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, T. B.; MERHY, E. E. (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.

_____. ; 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.

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

_____. Rastreamento de doenças. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**:

princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 521-532.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. 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.

OLIVEIRA, F. P. 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, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA: Fiocruz, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PINTO, H. A. 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.

POLI NETO, P. **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.

QUINTANA, M. **Quintana de bolso**. Porto Alegre: L&PM, 2009.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Integralidade e complexidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 60-70.

ROJAS OCHOA, F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. **Rev Cubana Salud Pública**. v.31, n.2, abr.-jun. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ROSE, G. **Estratégias da Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC: UNESP, 1994.

SALES, M. J. T. **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, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; LERMEN JUNIOR, N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 28-41.

SÁNCHEZ SANTOS, L. **Introducción a la medicina general integral**. La Havana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2001.

SANSO SOBERATS, F. J. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. **Rev Cubana Salud Pública**, v. 31, n. 2, jun. 2005 . Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200012&Inges&nrm=iso>. Acesso em: 01 de maio de 2016.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M. C.; GIRARDI, S. N. 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, M. I.; DUNCAN, B. B. Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos básicos de epidemiologia clínica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: Conduitas de Atenção Básica Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 54-66.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SEIXAS, R. Faça, Fuse, Force. In: CD, Álbum: **Documento**. MZA Music, 1998.

SINTES, R. Á. **Medicina General Integral**. Volumen 1: Salud y medicina. 2. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

SPINK, M. J. P. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G. (Orgs). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 217-230.

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

STEIN, A. T. Medicina Baseada em Evidências aplicadas à prática do médico de família. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.182-192.

STEWART, M. et al. **A medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 19, p. 61-76, jun. 2006.

VELOSO, C. O Quereres. In: LP, Álbum: **Velô**. Philips Records, 1984.

VIDALE, G. 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, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. 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, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

978-85-66659-88-7

Séries

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Atenção Básica e Educação na Saúde
Cadernos da Saúde Coletiva
Clássicos da Saúde Coletiva
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Arte Popular, Cultura e Poesia
Saúde & Amazônia
Branco Vivo
Vivências em Educação na Saúde
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Periódicos

Saúde em Redes
CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA -
ABENFISIO

Editora Rede UNIDA

<http://www.redeunida.org.br/>