

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

HENRIQUE SATER DE ANDRADE

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
EMERGÊNCIA E CRÍTICA DE UMA FORMAÇÃO DISCURSIVA.**

Niterói

2017

HENRIQUE SATER DE ANDRADE

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
EMERGÊNCIA E CRÍTICA DE UMA FORMAÇÃO DISCURSIVA.**

Dissertação de mestrado a ser
apresentado no Programa de Pós-
Graduação de Saúde Coletiva da
Universidade Federal Fluminense

Área de Concentração: Saúde
Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Gomes
da Silva Júnior (UFF)

Co-orientador: Prof. Dr. Sérgio
Resende Carvalho (UNICAMP)

Niterói

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

A553 Andrade, Henrique Sater de
Medicina de família e comunidade:
emergência e crítica de uma formação discursiva /
Henrique Sater de Andrade.- Niterói: 2017.
88 f.

Orientador: Aluísio Gomes da Silva Junior
Coorientador: Sérgio Resende Carvalho

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-
Universidade Federal Fluminense, Faculdade de
Medicina, 2017.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2.
Atenção Primária à Saúde. 3. Medicina
Comunitária. 4. Saúde Pública. 5. Medicalização.
I. Título.

CDD 614

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
EMERGÊNCIA E CRÍTICA DE UMA FORMAÇÃO DISCURSIVA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

Profª Dra. Márcia Guimarães de Mello Alves

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Profª. Dra. Gisele Caldas Alexandre

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Data de defesa: 17/02/2017

Local de defesa: Auditório Aloysio de Paula do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

À Sarah, por me ensinar
o que eu não sabia aprender.

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo apoio incondicional às escolhas que fiz;

Aos orientadores, pela generosidade e delicadeza dos diálogos;

Aos e às camaradas das lutas diárias, por não me deixarem existir sem resistências;

Aos amigos e amigas, pela alegria que verte de nossos corpos quando se encontram;

Aos pesquisadores e pesquisadoras, professores e professoras, funcionários e funcionárias, médicos e médicas de família pela ajuda indispensável e pelas provocações mútuas;

E sobretudo àqueles e àquelas que mesmo não lendo este texto, com trabalho imenso e mal pago tornaram-no possível.

Se tivesse a certeza de que ao fim destas palavras meu corpo rolasse fulminado, eu faria delas o que elas devem ser, eu as conduziria a sua última ignição (...) Estamos no reino da palavra, e tudo que aqui sopra é verbo, e uma solidão irremissível.

Ferreira Gullar – “o inferno”

“O senhor percebe até que ponto me aproximei, até que ponto sei do que se trata? Mas não posso, entretanto, concebê-la, a Idéia, não posso, entretanto, concebê-la, embora esteja a ponto de fazê-lo e é por isso que duro, por isso que não me extingo e permaneço. Mas tenho um único temor” (...) “Chegar a concebê-la”, disse, “e não poder expressá-la.”

Ricardo Piglia – “Respiração artificial”

Medicina de Família e Comunidade: emergência e crítica de uma formação discursiva.

RESUMO

Buscamos realizar nesta pesquisa uma análise sobre a formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Tal reflexão foi feita a partir de uma revisão histórica de sua emergência, da análise do discurso de distintos atores que vem influenciando essa formação e de um debate crítico com os horizontes de suas práticas clínicas. Incluem-se nesse debate o modelo biopsicossocial de adoecimento e o uso do conceito de risco, as ferramentas clínicas deles derivadas, a problemática da medicalização social e dos efeitos biopolíticos da prática médica familiar e comunitária. Foram também analisadas diferentes perspectivas sobre a dinâmica histórica do direito à saúde, do progresso e da modernização na formação social brasileira. Pudemos identificar que a formação discursiva da MFC está atravessada a) pela história da prática médica familiar e comunitária especialmente a partir do século XVIII; b) pela constituição dos serviços primários em saúde e da Atenção Primária em Saúde no século XX e c) pelos programas de Medicina Comunitária e pela formação da Saúde Coletiva no Brasil. Além disso, encontra-se atrelada ao campo científico e político da medicina generalista e familiar internacional e a sua afirmação como especialidade médica. A partir dos diferentes discursos analisados, observamos a MFC não como um campo homogêneo, delimitado e com uma história única. Podemos também afirmar que a MFC vem constituindo-se como um campo discursivo próprio e com projetos políticos heterogêneos para a organização dos serviços de saúde no país. Em suma, para observarmos os sentidos éticos e políticos da prática médica familiar e comunitária, é necessário ampliar o escopo da análise para além do uso de suas ferramentas clínicas e científicas, inserindo nele compreensões que tragam à tona a história da produção de nós mesmos, das lutas políticas pelo direito à saúde e por formas alternativas de pensar e experienciar a vida.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária em Saúde; Medicina Comunitária; Saúde Coletiva; medicalização.

Family and Community Medicine: emergence and critique of a discursive formation.

ABSTRACT

We have aimed to make an analysis about the discursive formation of Family and Community Medicine (MFC). This research was made from a historical revision about its emergence, the discourse analysis of actors that have been influencing this formation and a critical debate about the horizons of its clinical practices. We include in this debate the biopsychosocial model of illness, the use of the concept of risk, the clinical tools derived from this model and this concept, the social medicalization problematic and the biopolitical effects of family and community practice. We have included different perspectives about the historical dynamics of the right to health, the progress and the modernization in Brasil social formation. We could identify that the discursive formation of MFC is crossed by: a) the history of Family and community practice specially from the 18th century; b) the constitution of primary services and Primary Health Care from the 20th century and c) by the programs of Community Medicine and Collective Health in Brasil. Besides, the formation is attached to the scientific and political field of the international generalist and family medicine. From the speeches analyzed, we have observed MFC not as a homogenous and delimited field with a unique history. We can affirm that MFC has been forming itself as a specific discursive field with heterogeneous political projects to the health services organizations in our country. Finally, in order to observe the ethical and political directions of Family and community practice, it is necessary to amplify the scope of the analysis beyond the use of clinical and scientific tools. Therefore, we have to include formulations that bring up the history of the production of ourselves, the political struggles for the right to health and for alternatives forms of thinking and experiencing life.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Community Medicine; Public Health; medicalization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 A Medicina de Família e Comunidade como prática e como formação discursiva	12
1.2 Trajetória e implicações.....	17
1.3 Percurso de investigação	18
1.4 Opção pela Análise de Discurso	20
2. A EMERGÊNCIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:	24
2.1 A definição contemporânea da especialidade.....	25
2.2 Histórico das práticas médicas generalistas, familiares e comunitárias	27
2.3 A emergência da APS no mundo.....	30
2.4 A implementação da APS no Brasil	34
2.5 A emergência da MFC no Brasil	37
2.6 Relações discursivas entre a formação da MFC, a Medicina Comunitária e a Saúde Coletiva.....	43
3. DIÁLOGOS CRÍTICOS COM OS HORIZONTES DA MFC	50
3.1 Reflexões sobre a medicina, a medicalização e a biopolítica.....	52
3.2 Efeitos biopolíticos no horizonte clínico da prática médica familiar e comunitária	59
3.3 A MFC no lugar.....	67
4. CONCLUSÃO	77
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
6. ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração
MC	Medicina Comunitária
MCCP	Método Clínico Centrado no Paciente
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
P4	Prevenção Quaternária
SC	Saúde Coletiva
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - “The doctor” - Sir Luke Fields (1887).....	25
Figura 2 - Unidade Cecília Donnangelo, cena da série Unidade Básica.....	76

1. INTRODUÇÃO

“Começar pelo princípio, como se esse princípio fosse a ponta sempre visível de um fio mal enrolado que bastasse puxar e ir puxando até chegarmos à outra ponta, a do fim, e como se, entre a primeira e a segunda, tivéssemos tido nas mãos uma linha lisa e contínua em que não havia sido preciso desfazer nós nem desenredar estrangulamentos.”

José Saramago - “A Caverna”

1.1 A Medicina de Família e Comunidade como prática e como formação discursiva

Quase três décadas após a Constituição que deu origem ao SUS, o lançamento do Programa Mais Médicos¹ (BRASIL, 2013) em 2013 colocou ainda mais em evidência nas manchetes dos jornais e para a opinião pública a temática da Atenção Básica - AB (ou Atenção Primária em Saúde - APS). Não retornava, contudo, sob a forma “mais atenção básica”, “mais atenção primária” ou “mais Estratégia Saúde da Família”, mas verbalizado a partir de “mais médicos”, atuando no SUS e no nível primário da assistência².

Esses médicos, independente de nacionalidade ou perfil profissional, teriam como local de inserção as equipes de Saúde da Família e, *lato sensu*, atuariam como “médicos de família”. Tal denominação carrega consigo uma série de elementos difusos e referências que transcendem os marcos organizativos dos sistemas de saúde.

Os “médicos de família” estão associados a uma prática da medicina pré-científica vigente na Europa no século XVIII, marcando presença também no imaginário social de várias épocas e obras literárias como uma bucólica medicina, supostamente menos tecnológica e mais interpessoal (JEWSON, 2009; BONET, 2014).

Nos dias de hoje, é possível vê-los no cotidiano dos serviços de saúde, atendendo populações historicamente marginalizadas e vivenciando situações que colocam em xeque

¹ Em 8 de julho de 2013, no contexto das “manifestações de junho”, a presidente Dilma Rousseff, posteriormente reeleita em 2014 com 54 milhões de votos e cassada em 2016 por meio de um golpe parlamentar, anunciou por meio da Medida Provisória 621 o Programa “Mais Médicos” que tinha, num primeiro momento, como principal intenção prover profissionais médicos para a Atenção Básica em regiões carentes e distantes dos grandes centros, buscando minimizar as discrepâncias nos serviços de saúde pública em todo o País (BRASIL, 2013).

² Optamos por utilizar indistintamente os conceitos de Atenção Primária em Saúde e Atenção Básica, apesar de suas diferenças e particularidades.

diariamente os limites da clínica e da assistência à saúde. E, também, ainda que de forma ainda incipiente no Brasil, atuando no sistema de saúde complementar³.

O que a presente pesquisa pretendeu, no plano geral, foi iniciar uma reflexão crítica sobre a formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. No plano específico, procurou descrever e analisar a emergência dessa formação, a partir de suas raízes históricas, a saber, a prática médica generalista, familiar e comunitária, a constituição da Atenção Primária em Saúde e dos programas de Medicina Comunitária e a formação do campo da Saúde Coletiva.

Teve como objetivo também analisar criticamente o horizonte das práticas clínicas da MFC brasileira, incluindo nela a problemática da medicalização social e os possíveis efeitos *biopolíticos* da prática médica familiar e comunitária e de diferentes exercícios da clínica contemporânea na APS⁴. Além disso, buscou pensar também os horizontes políticos presentes nessa formação discursiva, atrelando-os a diferentes perspectivas sobre a dinâmica histórica do direito à saúde e os conceitos de progresso e de modernização na formação social brasileira.

É importante afirmar que esta pesquisa não pretendeu analisar, nem criticar a prática local e individual de profissionais ligados a esse tipo de atuação. Muito menos relativizar sua importância, especialmente em um país sem dúvida repleto de necessidades históricas, incluindo nelas o acesso a práticas sanitárias essenciais como saneamento básico, moradia digna e assistência à saúde. Em tempos de graves ameaças a direitos sociais mínimos tardiamente conquistados pela Constituição Cidadã de 1988, o fortalecimento da APS e do avanço da consolidação de um sistema público, gratuito e universal deve ser bandeira constante dentre aqueles que afirmam o direito a uma vida digna.

Nesta investigação, a medicina, incluindo a MFC, será tratada não como conjunto dado e objetivo de fatos, mas como uma prática social atravessada por relações políticas e sociais produzidas ao longo de inúmeros e diferentes planos sociais, com distintas histórias e

³ Médicos de família passam a fazer atendimento particular personalizado - 28/01/2015 - Equilíbrio e Saúde - Folha de S.Paulo. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/01/1581446-medicos-de-familia-passam-a-fazer-atendimento-particular-personalizado.shtml>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

⁴ A análise mais densa dessa dimensão, incluindo um diálogo crítico com a Medicina Baseada em Evidências – ferramenta biomédica largamente utilizada pela MFC – e com práticas clínicas como o Método Clínico Centrado na Pessoa e a Prevenção Quaternária serão investigadas em projeto de doutorado. Parece-nos fundamental também a investigação da contemporânea flexibilização e deterioração das formas de trabalho e suas implicações subjetivas nos profissionais que atuam nesse nível de atenção.

condições de aparecimento (DONNANGELO, 1979; MENDES GONÇALVES, 1979; FOUCAULT, 1984).

Foge-se assim da ideia da medicina possuindo, a *priori*, uma essência política (com determinado exercício de poder intrínseco a ela), ontológica (existindo em si mesma) ou epistemológica (com um modelo científico intrínseco)⁵ (FOUCAULT, 1984, 2010; ROSE, 1994; CARVALHO et. al, 2015).

Entendemos a medicina também como uma prática social, isto é, que se inscreve – tal quais as demais práticas médicas – como uma *tecnologia* do corpo social, que tem apenas como uma de suas dimensões a relação médico-paciente. Pensamos a medicina não como uma descoberta da razão iluminista, mas como uma resultante de relações de poder, regimes de verdade e de subjetividade, produzida nos últimos séculos a partir de sua prática social e seu movimento histórico (ROSE, 1994; FOUCAULT, 2010).

O percurso de investigação foi realizado em dois “momentos” metodológicos. O primeiro foi a realização de uma revisão bibliográfica narrativa (ROTHER, 2007) sobre a constituição da MFC no plano nacional e internacional. Optamos por pesquisar, a partir dos descritores “Family practice” / “medicina de família e comunidade”; “primary health care” / “atenção primária em saúde”; “community medicine” / “medicina comunitária” nas bases indexadas LILACS e Pubmed, selecionando artigos que se referissem à análise histórica desses conceitos e práticas.

Na revisão, foram também analisados documentos oficiais da MFC brasileira (incluindo o Tratado Brasileiro de MFC, a Revista Brasileira de MFC e o portal eletrônico da Sociedade Brasileira de MFC) e da medicina generalista e familiar pelo mundo, em Livros clássicos da Saúde Coletiva e da medicina social latino-americana e em referenciais teóricos que analisaram a APS de sistemas de saúde de países distintos.

O segundo momento foi a realização de 10 (dez) entrevistas com diferentes personagens diretamente relacionados à história brasileira da MFC e da APS como um todo. O roteiro das entrevistas realizadas encontra-se no Anexo 1. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), pelo Parecer Consubstanciado nº 1.546.334.

⁵ Aqui não negamos necessariamente que a medicina e a clínica apresentem determinados exercícios políticos, desenvolvimentos ontológicos e arcabouços epistemológicos. Questionamos, entretanto, suas existências *a priori*, enquanto essência.

Incluimos no escopo do trabalho de campo: médicos com histórico de atuação na direção da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); médicos com passagem pelo Ministério da Saúde no campo da Atenção Básica; pesquisadores sobre APS no Brasil vinculados ao campo da Saúde Coletiva.

Entendendo a MFC como um campo discursivo em estruturação e composta por grupos e experiências heterogêneas, procuramos incluir membros representativos destas diferentes histórias. Destacamos⁶ aqui:

- a) a região Sul, destacando a experiência pioneira do Centro de Saúde Escola Murialdo e o Grupo Hospitalar Conceição no Rio Grande do Sul e experiências mais recentes em Florianópolis e Curitiba;
- b) o estado de São Paulo (incluindo a região de Campinas), com formulações e arranjos determinantes na construção do SUS no eixo da APS;
- c) o estado do Rio de Janeiro, que teve o pioneirismo da Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e conta hoje com o maior programa brasileiro de Residência em MFC vinculado à Prefeitura do município do Rio de Janeiro;
- d) diferentes estados do Nordeste, com destaque para a presença atual da presidência da SBMFC sediada no Rio Grande do Norte e parte dos integrantes do Ministério da Saúde nos últimos anos com histórico de formação e estruturação de residências em MFC em estados como Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Sergipe, entre outros.

Ainda que se manifestem enquanto *práticas* e experiências diversas e singulares, partimos da ideia que a MFC se produz historicamente enquanto uma *formação discursiva*, a partir de um complexo jogo entre os diversos atores que compreendem, formulam e disputam o formato e o sentido de suas práticas. Entendê-la como uma formação discursiva não significa reduzi-la a um campo de conhecimento, simplesmente de “ideias”, tomando-a somente no plano epistemológico.

Buscamos observar as relações discursivas no interior do seu campo teórico-prático, isto é, o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar e agir. Tais relações

⁶ Por falta de tempo hábil, não foi possível entrevistar atores que vivenciaram experiências centrais nessa história. Entendemos que é preciso romper com essas e tantas outras histórias sempre serem focadas no eixo Centro-Sul de um país tão diverso e com experiências tão ou mais instigantes.

caracterizam o próprio discurso enquanto prática. Para compreender tal prática, é necessário analisar o conjunto de regras imanentes a ela, intrinsecamente atravessadas pelo discurso (FOUCAULT, 2008).

Nesse sentido, a constituição de uma formação discursiva produz práticas discursivas, aqui entendidas não como simplesmente “modos de fabricação de discurso”, mas tomando corpo “*no conjunto de técnicas, de instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e difusão, nas formas pedagógicas que por sua vez, as impõem e as mantêm*” (FOUCAULT, 1997, p.23).

Ao analisarmos a constituição das “ciências dos homens”, é necessário problematizarmos a que se referem esses domínios, essas “massas enigmáticas”, que chamamos de “a” Medicina, “a” Psiquiatria, etc. Quando se pode descrever, entre uma série de enunciados, um sistema de dispersão e regularidade entre os objetos e seus domínios, os tipos de enunciação, os conceitos e as escolhas temáticas, constitui-se uma *formação discursiva*. Para apreendê-la, é necessário pensá-la não como uma unidade *a priori*, mas a partir de seu movimento de dispersão e regularidade (FOUCAULT, 2008).

Assim, ao procedermos à análise de determinado discurso, é necessário descrevermos a coabitação de vozes distintas, por vezes dissonantes que, aproximando-se ou afastando-se do tom mais audível, refletem a existência de múltiplos atores, muitas vezes vistos como “estranhos” a este campo discursivo. Não se pretende aqui uma unidade discursiva - um sujeito uno, homogêneo e indivisível emitindo um discurso tal qual ele assim o seja. Também não se entende o campo discursivo – da MFC, no caso - como um domínio estável de objetos que pudesse encerrar-se num sistema fechado, geograficamente delimitado e com uma história única, contínua, linear e visível.

Num sentido oposto, para compreendermos a consolidação de uma formação discursiva, entendemos ser necessário observá-la em seu encontro com formações discursivas distintas da sob análise. O discurso, seja referente a documentos históricos, seja referente às entrevistas realizadas, será visto sob seu ponto de contato com seu próprio “sistema” de formação de diferentes enunciados.

1.2 Trajetória e implicações

*“Digo: o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”*
Guimarães Rosa - “Grande Sertão: Veredas”

Entendo que a escolha do meu objeto enquanto pesquisador não é neutra e minhas implicações no percurso da investigação atravessaram e produziram o seu curso.

Formado em medicina pela UNICAMP, passei os seis anos de faculdade em calorosos e intermináveis debates de como transformar a sociedade para melhorar a vida e a saúde da população mais pobre. Por um tempo, afirmei, com a certeza que só um pensamento apaixonado permite, que me tornaria um médico de família e comunidade para atingir tais objetivos. Ainda que esse tipo de atuação estivesse praticamente fora do currículo do curso médico em Campinas, era pauta constante dos encontros, no centro acadêmico, no movimento estudantil geral e nos círculos mais próximos.

Dos outros oito amigos do grupo de internato, metade trabalha hoje como médico de família, dois tendo realizado residência na especialidade. Depois de um ano como médico atendendo a população em situação de rua em Campinas (pelo programa Consultório na Rua, ligado a Atenção Básica, mas fora da Estratégia Saúde da Família), escolhi realizar a residência em Medicina Preventiva e Social. No entanto, o tema da MFC continuou central e cada vez mais atual. O presente projeto foi uma espécie de tentativa de seguir conversando sobre o assunto que ainda, e felizmente, me persegue.

Esta perseguição foi alimentada por diversas experiências dos últimos anos. Estudante de medicina, militante do movimento estudantil, extensionista, atuando em projetos de educação popular com famílias quilombolas, depois com trabalhadores sem-teto, envolvendo-me diretamente com movimentos sociais, atendendo a população em situação de rua, tornando-me médico sanitário e realizando mestrado em Saúde Coletiva. Respostas possíveis para uma formação tecnicista e descolada da realidade, conservadora e violenta desde o trote, e que compõem grande parte dessa trajetória e desse texto.

1.3 Percurso de investigação

*“... já passou o tempo em que o tempo não contava.
O homem de hoje não cultiva o que não pode ser abreviado”*
Paul Valery

A presente pesquisa inscreve-se no campo metodológico da abordagem qualitativa, que busca pensar a realidade em uma perspectiva fora da operacionalização de variáveis quantificáveis e pré-determinadas, inserindo em sua análise o universo de significados e fenômenos históricos que a atravessam (MINAYO, 2013).

Aqui apontamos a necessidade de valorizar a abordagem das ciências sociais nas pesquisas da saúde, com o objetivo de oxigenar as investigações qualitativas, ainda que tal abordagem não isente as pesquisas da captura por métodos positivistas e moldes reificados⁷ dos processos vitais (ADORNO, 1992).

Em tempos modorrentos e sufocantes do pensamento crítico, onde se cultiva apenas o que não pode ser abreviado, o que já está em seu formato sintético e mínimo, apontar as contradições imanentes da própria teoria e fazer uso dela para apontar possibilidades de afirmar outros modos de viver, sentir e pensar parece ser uma das nossas tarefas contemporâneas.

Nesse sentido, esta investigação buscou captar o movimento do real e não o estancar para dele se extrair as mesmas respostas para quaisquer perguntas. Para isso, foram percorridos tanto autores clássicos do pensamento crítico e dialético, incluindo aqui o referencial teórico marxista, quanto pensadores contemporâneos como Michel Foucault. A leitura de pensadores da Saúde Coletiva também influenciados pelo marxismo, em especial dois – Cecília Donnangelo (1975, 1979) e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979, 1994) – foram centrais para subsidiar estas reflexões. A densidade crítica destes autores, fundamentais para compreendermos a nós mesmos e nossas práticas, tem sido cada vez menos vista em grande parte da produção acadêmica contaminada por uma lógica autômata e estéril.

No percurso da investigação, optamos por realizar entrevistas semi-estruturadas, estabelecendo um roteiro para nortear a conversa e circunscrever de alguma forma o “objeto”

⁷ Reificar, de acordo com o Dicionário Houaiss, tem como etimologia: (*rei ou res*) – *coisa + ficar*; *coisificar*; *tornar coisa*; *qualquer processo em que uma realidade social ou subjetiva de natureza dinâmica e criativa passa a apresentar determinadas características – fixidez, automatismo, passividade – de um objeto inorgânico, perdendo sua autonomia e autoconsciência.*

da MFC. No entanto, o ritmo, a extensão e o rumo da conversa entre entrevistado e pesquisador foram produzidos pela singularidade de cada encontro. Admitindo a impossibilidade de atores “desinteressados” e “neutros” nesse percurso, incluindo os pesquisadores, buscamos analisar um material produzido por múltiplos atravessamentos éticos, políticos e afetivos que transcorreram a pesquisa.

1.4 Opção pela Análise de Discurso

*“Começar sempre por uma declaração de método
e pela desqualificação das demais posições.
Em seguida praticar o método habitual (o infuso⁸).”*

Roberto Schwarz – 19 princípios para a Crítica Literária

A opção metodológica deste projeto se insere no campo teórico da Análise de Discurso (AD). A AD aproxima os sujeitos dos discursos com a prática social e seus sentidos, mostrando a mediação entre indivíduos e sociedade. Não utilizamos a Análise de Conteúdo e seu ideal de precisão e rigor metodológico no ato de “mensurar e desvelar” o sentido dos textos analisado, proposta originalmente por Laurence Bardin (MINAYO, 2013). Em outra direção, optamos por analisar os diferentes sentidos que os atores vinculados à formação discursiva da MFC projetam sobre o próprio campo da Medicina de Família e Comunidade, inseridas nas *condições de produção* do próprio discurso (ORLANDI, 2003).

Condições de produção entendidas aqui, num sentido estrito, como a situação, o contexto de produção do discurso em análise, incluindo as circunstâncias imediatas (local, tempo e a própria memória) de produção da fala. E também, num sentido amplo, da relação do discurso com “quem fala” (os sujeitos), a partir de quais projetos e sentidos políticos que ditam o que é *permitido* e o que *deve* ser dito.

Dessa forma, a Análise de Discurso parte da crítica do registro “ordinário” do sentido como um “fato” de natureza psico-biológica, inscrito em uma discursividade logicamente estabilizada. Em outras palavras, exige descaracterizar o ato do discurso como emissão e registro de um conteúdo “orgânico” previamente estabelecido, estável e plenamente lógico (PECHEUX, 1997; 2002).

Para desestabilizar a língua enquanto objeto pretensamente autônomo e de um mundo “semanticamente normal”, a AD propõe apreender o discurso não só como estrutura, mas sobretudo como acontecimento. No movimento de *descrever* e *interpretar* um discurso, dois momentos necessários para análise, é preciso quebrar a lógica da linearidade entre emissor e receptor. Não há um sujeito que emite uma fala baseada em um código e um outro que decodifica a mensagem baseando-se no mesmo código. A “mensagem” não está ali, captável

⁸ Diz-se infuso, segundo o Dicionário Houaiss, o conhecimento ou virtude que se possui quase naturalmente, que não exigiu esforço para ser absorvido.

pelo correto instrumento. O discurso atravessa os sujeitos e sentidos, afetados pela língua e pela história. Serve para comunicar e, dialeticamente, para não comunicar (ORLANDI, 2003).

Nesse sentido, a AD não tem a pretensão de uma interpretação plena, não se enxerga propriamente como uma atividade de hermenêutica⁹, não estaciona nem pode estacionar na interpretação, não procura o sentido verdadeiro, oculto e terminal da mensagem proferida pelo discurso. Há gestos múltiplos de interpretação nos limites do discurso, a partir de opções determinadas por dispositivos teóricos, circunscritos a filiações históricas, ideológicas e simbólicas, as quais tanto o sujeito que pesquisa quanto o que é pesquisado se inscrevem (ORLANDI, 2003).

Na mais citada obra sobre metodologia qualitativa no interior da Saúde Coletiva (MINAYO, 2013), afirma-se o método hermenêutico-dialético como “o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade”. Na mesma obra, a AD é tratada como uma “tecnologia de interpretação de textos” ao lado da Análise de Conteúdo. Posiciona, assim, a Hermenêutica-Dialética em outro plano de análise, não como uma “tecnologia de interpretação”, mas diferenciando-a na condição de um “caminho de pensamento”.

Cabe aqui a ressalva que a AD, ainda que represente um dispositivo analítico, também carrega de forma inexorável “caminhos de pensamento”, não coincidentes necessariamente com os quais os escolhidos pela autora – no caso da Hermenêutica-Dialética, dois autores, Gadamer e Habermas – para embasar o método que ela julga “mais capaz”.

Tal procedimento, especialmente num movimento da Saúde Coletiva de citação maciça do texto (MINAYO, 2013) sem percorrer as obras originais e seus diversos “caminhos de pensamento”, traz consigo o risco de reduzir grande parte do arsenal teórico da pesquisa qualitativa e das ciências humanas a citações repetitivas e pré-formatadas sobre opções metodológicas (ou simplesmente a falta delas), automaticamente validadas pela inquestionável capacidade intelectual do livro em questão.

Dentre esses caminhos de pensamento, Foucault é um dos pilares intelectuais do campo da Análise de Discurso (ORLANDI, 2003), ainda que formalmente fora do recorte

⁹ Hermenêutica, segundo o dicionário Houaiss, tem como definição a “arte de descobrir o sentido exato de um texto; interpretação, em sentido teológico; interpretação do que é simbólico”.

marxista da escola francesa representada por Pêcheux (1997, 2002) que utiliza os conceitos de ideologia e de classe como categorias centrais¹⁰.

Como já dito, as relações discursivas são vistas aqui não como relações internas de determinada fala, mas posicionadas nos limites do discurso. São estes feixes de relações que determinam a forma de falar, o poder falar sobre determinados objetos, analisá-los, classificá-los, enxergando o próprio discurso como *prática*.

A AD não tem como princípio fundamental revelar os itens não ditos de uma fala, uma vez que a análise de um enunciado

só pode se referir a coisas ditas, a frases que foram realmente pronunciadas ou escritas, a elementos significantes que foram traçados ou articulados - e, mais precisamente, a essa singularidade que as faz existirem, as oferece à observação, à leitura, a uma reativação eventual, a mil usos ou transformações possíveis, entre outras coisas, mas não como as outras coisas (FOUCAULT, 2008, p. 124)

Assim, para além de revelar verdades ocultadas nos espaços silenciados do discurso, buscamos descrever os enunciados e analisar as condições nas quais estes emergem, percorrendo os diferentes domínios que os enunciados pressupõem e a maneira pela qual se articulam.

Na aula inaugural no Collège de France, em 1970, intitulada “A ordem do discurso” (1996), Foucault afirma ser necessário dois conjuntos de análise para pensarmos os discursos. Um deles, o conjunto *crítico*, procura as funções de exclusão, de limitação, de rarefação, de interdição e de apagamento, em suma, o contorno “negativo” dos discursos. O outro, o conjunto *genealógico*, concerne à formação efetiva dos discursos, em seu processo intermitente de dispersão, descontinuidade e regularidade.

As duas tarefas - os dois conjuntos - não seriam inteiramente separáveis e a fronteira entre o empreendimento crítico e o genealógico seria possível de ser pensada apenas sob o ponto de vista de delimitação analítica e não prática. Aqui a análise dos discursos não pretende desvendar a universalidade dos sentidos. O que ela tenta fazer é mostrar “à luz do dia” e com um poder de afirmação imanente ao conjunto crítico-genealógico o jogo perpétuo de regularidade e descontinuidade desses sentidos. O autor situa o próprio discurso no encontro entre o “desejo” e a “instituição”, provocando-nos com um diálogo entre os dois:

¹⁰ Grangeiro (2005) correlacionando a matriz marxista com o conceito de formação discursiva de Foucault, afirma que “quando Pêcheux traz para a *Análise de Discurso* a noção de formação discursiva, ele faz as adaptações relacionando tal conceito à questão da ideologia e da luta de classes. Tratava-se segundo o próprio Pêcheux de extrair da noção de Foucault o que ‘ela tinha de materialista e revolucionária’, justamente a concepção foucaultiana de discurso como prática.” (p. 5-6)

O desejo diz: ‘Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo; gostaria que fosse ao meu redor com uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem à minha expectativa, e de onde as verdades se elevassem, uma a uma, eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como um destroço feliz.’ E a instituição responde: ‘Você não tem por que temer começar, estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição, que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém’ (1996, p.7).

É nesta “ordem arriscada do discurso” que a presente pesquisa buscou penetrar, tentando estabelecer um diálogo franco e fraterno com as diferentes visões que atravessam o campo discursivo da MFC. Diálogo que, ao percorrer um dos inúmeros caminhos possíveis para se pensar este campo, aposta justamente nas múltiplas possibilidades de investigação de um objeto. E, acima de tudo, nos produtos possíveis desse movimento, especialmente no repensar das práticas no campo da saúde e em formas alternativas de se experimentar a vida como um todo.

Nesse sentido, procuramos apresentar este diálogo àqueles que cotidianamente atuam e refletem sobre suas práticas clínicas em serviços primários de saúde. Para além de reivindicar um caminho “correto” ou “verdadeiro” de entender a MFC – e de alguma forma a nós mesmos –, que este texto possa nos fazer pensar esta nossa história, não como uma linha lisa e contínua que pudesse nos levar a sua origem, mas justamente a partir de seus nós e estrangulamentos.

2. A EMERGÊNCIA DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:

Diálogos com a prática médica familiar e comunitária, a Atenção Primária em Saúde, a Medicina Comunitária e a Saúde Coletiva

“(...) tu amas a narração direita e nutrida, o estilo regular e fluente, e este livro e meu estilo são como os ébrios, guinam à direita e à esquerda, andam e param, resmungam, urram, gargalham, ameaçam o céu, escorregam e caem...”

Machado de Assis - “Memórias póstumas de Brás Cubas”

Para iniciarmos a análise do campo discursivo da MFC, apresentaremos uma sistematização do primeiro momento metodológico da pesquisa, referente à revisão bibliográfica.

Partindo das definições contemporâneas referentes aos “médicos de família” e recuperando parte do histórico da prática médica generalista, familiar e comunitária pelo mundo desde o século XVIII, buscaremos a inserção dessa prática na estruturação de serviços primários de saúde, no bojo da emergência da APS pelo mundo a partir do século XX.

Em seguida, pensaremos a constituição nacional da MFC partindo da história de diferentes experiências brasileiras de serviços primários e comunitários, em especial os programas de Medicina Comunitária e sua influência sobre a formação do campo da Saúde Coletiva.

Após a apresentação da revisão bibliográfica, buscaremos delinear os encontros entre os campos discursivos da MFC e da Saúde Coletiva, a partir das entrevistas realizadas e captar os diferentes sentidos dos discursos e da formatação das práticas contemporâneas da MFC, observando as possibilidades e limites desse diálogo.

Acima de tudo, entendendo que tais práticas são atravessadas pelas relações discursivas que se estabelecem na configuração da identidade da MFC, procuramos trazer à tona essa emergência histórica a partir dos diversos campos discursivos que a possibilitaram.

2.1 A definição contemporânea da especialidade

Segundo o Tratado Brasileiro de MFC, há no mínimo três vertentes possíveis (LEEUWENHORST GROUP, 1974; WONCA, 1991; OLESEN et. al., 2000) que nas últimas décadas tentaram apreender e sistematizar as definições referentes ao “médico de família”. No documento “A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar”, publicado pela WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família) em 2002, tenta-se uma revisão e síntese dessas três vertentes:

Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Disciplina. São médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos contatos repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros (2002, p.22).

Temos uma definição bastante abrangente e, ao mesmo tempo, delimitada das atribuições da medicina geral e familiar, construídas a partir de princípios preconizados pela WONCA, principal entidade reconhecida pela SBMFC como representativa dos médicos de família no mundo e que teve sua 21^a Conferência Mundial realizada em 2016 no Rio de Janeiro. Ainda que sem refletir criticamente sobre cada um dos itens, destacamos no texto acima:

- a. a afirmação da especialidade como uma disciplina médica portadora de princípios determinados;
- b. a caracterização do cuidado como abrangente e continuado, implicitamente incluindo os conceitos tanto da universalidade quanto da longitudinalidade;
- c. a incorporação do contexto familiar, comunitário e cultural como centrais no processo de atuação e, neste, o respeito incondicional à autonomia do paciente;
- d. a negociação com os pacientes como elemento central do processo de trabalho;
- e. o modelo biopsicossocial do processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde incorporando os diferentes momentos de promoção, prevenção e cura;

- f. a relação entre necessidades de saúde e tecnologias disponíveis no processo de cuidado desempenhado;
- g. a responsabilização pelo próprio equilíbrio e por condutas efetivas e seguras.

Trata-se, portanto, de uma definição que incorpora uma série de debates contemporâneos sobre a atuação médica no âmbito da APS e a constituição internacional da especialidade inserida nesse movimento, a serem parcialmente tratadas aqui.

Na análise dos documentos biográficos da MFC no Brasil (FALK, 2004; ANDERSON et. al. 2005; OLIVEIRA, 2007; LOPES, 2009; OLIVEIRA et. al., 2014) e da “medicina de família” pelo mundo (PORTER, 2001; GUTIERREZ e SHEID, 2002), foi possível observar a indicação, ainda que de forma pouco precisa, da oficialização da especialidade enquanto tal a partir da segunda metade do século XX.

De acordo com uma revisão histórica (GUTIERREZ E SHEID, 2002) da medicina de família (“family medicine”) nos EUA, a primeira menção oficial do termo como especialidade médica foi encontrada no mesmo ano (1966) em três relatórios distintos – Millis, Folsom e Willard – respondendo à crescente superespecialização médica da época e encomendados por associações médicas e governamentais.

O relatório Millis caracterizava o médico de família como um médico que teria “*como foco não órgãos individuais e sistemas, mas o homem como um todo, que vive num cenário complexo... e sabe que o diagnóstico e o tratamento de uma parte apenas frequentemente negligenciam fatores causais maiores e oportunidades terapêuticas*” (1966, p. 9, tradução livre).

A medicina de família possui distintas denominações pelo mundo enquanto especialidade: “geral e familiar”, “familiar e comunitária”, “geral e integral”, “familiar”, “generalista”, “comunitária”. No entanto, o início da especialidade enquanto tal e o histórico da prática médica generalista, familiar e comunitária pelo mundo não coincidem. Para se compreender a especialidade e refletir sobre os princípios que ela afirma, é preciso reconstituir parte do histórico das práticas médicas familiares e comunitárias, ainda que não necessariamente com o rótulo explícito de especialidade.

2.2 Histórico das práticas médicas generalistas, familiares e comunitárias



Figura 1 - “The doctor” - Sir Luke Fields (1887)

Fonte: http://www.tate.org.uk/art/images/work/N/N01/N01522_10.jpg

Os médicos de família estão presentes em diversas obras literárias e artísticas dos últimos séculos. O homem atendendo uma criança deitada em sua própria cama, na pintura “The doctor” de Sir Luke Fields em 1887, tornou-se um marco na representação da atuação médica junto aos pobres no ambiente familiar e doméstico.

Jane Moore (2008), ao analisar a obra correlacionando-a com a prática médica atual, observa na pintura elementos bastante contemporâneos: o abismo social entre o médico e a maior parte da sociedade, a impotência da atuação clínica perante a pobreza e a expectativa criada em torno da figura do médico.

Em outro contexto, obras literárias como as memórias do médico mineiro Pedro Nava (1973) retratam a prática liberal e privada dos “médicos da família” que visitavam e cuidavam dos membros das famílias nobres da época, preenchendo o imaginário criado por esse tipo de atuação.

Há, na literatura da história da medicina (PORTER, 2001), a localização a partir do século XVIII do movimento de “clínicos gerais”, que em contraposição ao ceticismo da terapêutica niilista – doutrina que afirmava que conhecer as doenças seria mais importante que tratá-las – insistiam na necessidade da medicina “tratar pessoas e não doenças”. Parte desse movimento esteve relacionado à “*bedside medicine*” (medicina de cabeceira), que representou a prática dos médicos “não-acadêmicos” e que estariam próximos aos indivíduos doentes, nas suas casas, próximos a sua família, durante o período da doença.

Em 1882, Hermann Nothnagel, professor de medicina em Viena, já afirmava em uma de suas aulas inaugurais: “*Vou repetir mais uma vez, medicina é sobre tratar pessoas doentes e não doenças*” (PORTER, 2001, p. 143). Até hoje, tal formulação é frequente em diferentes artigos e documentos oficiais da MFC no Brasil, com por exemplo a seguinte citação: “*Não precisamos saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença*”, atribuída em alguns textos a Oliver Sacks e em outros a Willian Osler.¹¹

Nicholas Jewson (2009), em importante artigo de 1976, analisando o discurso e as práticas dos médicos europeus entre 1770 e 1870, identificou três cosmologias¹² médicas distintas: a de cabeceira (Bedside), a Hospitalar e a Laboratorial. Segundo o autor britânico, a Bedside Medicine era composta por uma diversidade caótica de escolas de pensamento, com uma definição de campo difusa e problemática e fronteiras disciplinares fracas e amorfas. Foi com o surgimento da Medicina Hospitalar e depois a Laboratorial que seria possível organizar de forma mais precisa a intervenção médica, deslocando-a de uma abordagem orientada na “pessoa”¹³ doente para uma cosmologia orientada no “objeto” – inanimado e orgânico. Ele chama esse deslocamento de “desaparecimento do homem doente” (JEWSON, 2009).

¹¹ Não foi possível encontrar a fonte original dessa citação. Há outra frase presente em artigos da medicina de família pelo mundo, do médico generalista Willian Osler (1849-1919): “*O bom médico trata a doença, o ótimo trata o paciente que possui a doença*” (CENTOR, 2007, tradução livre) No mesmo sentido, Ian McWhinney (1996) afirma que “*nós [médicos de família] conhecemos pessoas antes de conhecermos que enfermidades elas possuem*” (p.433, tradução livre).

¹² Cosmologias médicas, segundo o autor, seriam as tentativas de circunscrever e definir de forma sistemática a natureza essencial do universo do discurso médico visto como uma totalidade (JEWSON, 2009).

¹³ É possível observarmos parte dessa tendência “holística” da prática médica familiar até hoje, ao identificarmos como um de seus pilares o Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART et. al., 2010). Evidentemente, isso não significa dizer que a MFC não incorpore em sua prática aspectos da biomedicina produzidos pelo avanço e hegemonia da Medicina Hospitalar nos séculos XIX e XX. Também é necessário observar qual a perspectiva que se enxerga esse “sujeito”, “pessoa”, “paciente”, “doente” e como tal perspectiva produz a experiência clínica. Essa questão será tratada no meu projeto de investigação de doutorado.

Até a emergência da Medicina Hospitalar, a pessoa do paciente com todos os seus aspectos seguia sendo o ponto focal do conhecimento médico e a experiência subjetiva do homem doente era a base de construção das entidades patológicas da teoria médica. Com tal base, construía-se um sujeito indivisível e individual, sem uma separação entre lesão orgânica e percepção do doente (JEWSON, 2009).

A prática médica familiar e comunitária nos dias de hoje guarda relações diretas com a história da “Bedside Medicine”, mas incorpora tanto elementos do discurso biomédico, quanto da estruturação dos serviços e sistemas de saúde pelo mundo. É fundamental levarmos em conta o impacto que a ciência biomédica e a Medicina Hospitalar produziram na organização da assistência à saúde.

É necessário também buscar captar a constituição do campo discursivo da MFC correlacionando-a com as formas de organização social contemporâneas a ela. Como exposto por Donnangelo, *“a articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual melhor pode se apreender o seu caráter histórico”* (1979, p. 15).

A constituição do Estado Moderno e as revoluções burguesas a partir do século XVIII foram condições indispensáveis para o avanço da medicina na sociedade como um todo, incluindo a prática médica familiar e comunitária. É a partir desse período foi *“preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele (...), fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência”* (FOUCAULT, 1963, p. 21). A medicina, com a Revolução Francesa, torna-se tarefa nacional e *“a boa medicina deve receber do Estado testemunho de validade e proteção legal”* (p. 21).

No entanto, a emergência da clínica moderna não acarretou imediatamente na atuação em larga escala de médicos no âmbito familiar e comunitário, seja no âmbito privado ou estatal. A expansão do hospital e a institucionalização política e científica da medicina a partir do século XVIII não pressupunham tal atuação. Foi no início do século XX, que, respondendo a doenças “sociais” – como a tuberculose, as doenças venéreas e infecções infantis – inicia-se uma preocupação maior do Estado com a atuação médica diretamente nos territórios, junto aos indivíduos, suas famílias, em suas casas. É nesse contexto que avança a estruturação de serviços primários de saúde e, posteriormente, a consolidação da Atenção Primária em Saúde como um nível de atenção, formatando de forma fundamental a prática médica familiar e comunitária como conhecemos nos dias de hoje.

2.3 A emergência da APS no mundo

A maior parte da literatura brasileira sobre APS, ao tratar de sua emergência no mundo, costuma localizá-la no Reino Unido do início do século XX. Em 1920, um conselho do Ministério da Saúde britânico presidido por Lord Dawson publicou um relatório interno referente à organização de “serviços médicos e anexos”, em resposta a requisição do Ministro da Saúde. O relatório apresentava um conceito integrado de centros de saúde e serviços domiciliares.

Os centros de saúde seriam primários e secundários, onde o nível primário coordenaria a assistência a partir de médicos e outros profissionais em contato direto com a comunidade. Os médicos generalistas (*general practitioners - GPs*) teriam a função tanto de aconselhar como prevenir doenças e melhorar as condições de vida dos pacientes, a partir de prioridades como atendimento de pré-natal, puericultura, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e higiene.

O sistema seria “principalmente nos domicílios, parcialmente nos centros de saúde” e com âmbito “centralmente no indivíduo e parcialmente comunitário”. Trata-se de um documento pioneiro na hierarquização do acesso e na formulação de um conceito de rede integrada de assistência em saúde, com profundas semelhanças com o desenvolvimento ulterior dos sistemas de saúde e da APS pelo mundo (DAWSON, 1964, ARMSTRONG, 1983).

Interessante apontar também que o relatório Dawson, ainda que inserido num contexto de estruturação estatal de uma rede de serviços primários, apresenta em suas propostas elementos privatistas e liberais característicos da história do trabalho médico¹⁴. Em um de seus itens, ao tratar do pagamento dos serviços no centro de saúde, afirma que os serviços preventivos deveriam ser necessariamente custeados com fundo público, uma vez sua relação com o indivíduo seria “menos óbvia”. Por outro lado, a doença seria diretamente uma preocupação individual e a experiência mostrava que o paciente, quando pudesse, estaria disposto a contribuir diretamente com os custos do seu tratamento (DAWSON, 1964).

Antes de Dawson, há na literatura a documentação de uma rede de serviços articulados num sistema de saúde com distritos sanitários e centros de saúde rural na Rússia pré-revolução em 1860 (projeto Zemstvo). Após a revolução de 1917, a União Soviética publicou

¹⁴ Destacamos, aqui, as análises do trabalho médico e suas raízes históricas de Donnangelo (1975, 1979) e Mendes Gonçalves (1979, 1994).

documentos oficiais, através de Nikolai Semashko, comissário do povo para a saúde entre 1918 e 1930, que também indicavam elementos comuns à organização assistencial da APS (SILVA JÚNIOR, 1998).

O sistema de saúde soviético dessa época apresentava a divisão territorial por distritos urbanos de 4000 habitantes. Cada distrito possuía um médico que recebia pacientes em sua policlínica e realizava atenção domiciliar. Possuía também uma enfermeira, que ajudava na recepção dos pacientes, realizava procedimentos nos domicílios, investigava condições de vida, realizava educação em saúde, organizava os trabalhadores voluntários da saúde pública, administrava vacinas e garantia o tratamento, a dieta e a higiene recomendados pelos médicos. Ainda que distinto do modelo territorial e hierarquizado por níveis de atenção da APS, a atuação médica nesse modelo soviético guarda relações com constituição da prática médica familiar e comunitária (TERRIS, 1982).

Também faz parte da história da constituição da APS no mundo a experiência do estado de Nova Iorque (EUA) a partir de 1910, quando o comissário de Saúde Pública do Estado de Nova Iorque - Hermann Biggs - propôs criação de centros de saúde comunitários, para enfrentar as doenças sociais que possuíam relação com o acúmulo de pobres e imigrantes da metrópole (ROSEN, 1994).

Para fugir de marcos fixos e datados do surgimento da APS pelo mundo, como parte da literatura faz ao tratar do seu nascimento com Dawson e seu bastante citado relatório, podemos recorrer a outro plano de análise para compreender sua emergência. A constituição de uma rede de serviços primários e territorializados¹⁵ de saúde, observada de forma intensa a partir do século XX e catalogada enquanto APS a partir da década de 1960¹⁶, além de garantir assistência médica inédita para grande parte da sociedade, possui relação direta com necessidade de práticas governamentais de vigiar, monitorar e gerir as populações, especialmente a partir do século XX. A APS possibilitaria, assim, um *olhar* privilegiado e uma atuação específica sobre as formas familiares e comunitárias de produção social, num

¹⁵ Vale ressaltar que o desenvolvimento ulterior da APS em sistemas de saúde de países desenvolvidos produziu experiências que tem como eixo organizativo cada vez menos o território adscrito e cada vez mais uma lista de pacientes que não necessariamente vivem no mesmo local. Citamos, nesse sentido, o modelo de pagamento por “capitação”, isto é, um valor fixo por pessoas vinculadas a uma lista de cada médico ou equipe. Parte dessas mudanças diretamente associadas à prática médica no âmbito da APS, associadas ao contexto de crise financeira na Europa, foi analisada por Giovanella e Stegmüller (2014).

¹⁶ O Relatório Millis de 1966, já citado aqui, também se constitui num dos marcos da menção oficial do termo APS (ANDRADE et. al, 2007).

contexto de estratégias políticas de controle e disciplina de indivíduos e populações (CARVALHO et. al, 2016).

Nesse sentido, a organização do nível primário de atenção em saúde formata uma estrutura perceptiva e geográfica de observação, identificação, vigilância e controle das enfermidades, com diferentes agentes técnico-políticos. Os centros comunitários e primários de saúde seriam a materialização desse “*olhar*” (em inglês, *gaze*¹⁷) sobre os indivíduos que, distinto do hospitalar, teria uma permeabilidade e visibilidade sobre as relações individuais, familiares e comunitárias privilegiadas. Parte dessa discussão remete ao debate da medicalização social e da biopolítica, a ser retomado no capítulo subsequente (ARMSTRONG, 1983).

Depois de inúmeros experimentos de APS pelo mundo, em 1978, ocorre a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União Soviética), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Num contexto de crise internacional pela Guerra Fria e polarização entre socialismo e capitalismo, o objetivo do encontro era pensar formas de atingir o maior nível de saúde possível até o fim do século XX, política internacional conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A conferência foi encerrada com a Declaração de Alma-Ata, um pacto assinado por 134 países. O Brasil, presidido pelo ditador Ernesto Geisel, esteve ausente. Neste documento, oficializou-se a definição de “cuidados primários de saúde” como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979)

Barbara Starfield, pediatra e pesquisadora americana que escreveu livro sobre o tema e que se tornou um clássico no Brasil, conceitualiza a APS como o:

¹⁷ *Gaze* significa, de acordo com o Dicionário Oxford, uma perspectiva particular que dá corpo a certos aspectos da relação entre observador (autor) e observado, especialmente como reflexo da forma que o observador direciona o olhar.

nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (2002, p. 28).

É possível, nessa última definição, ver de forma mais explícita um caráter integral¹⁸ da atuação no nível primário, incorporando o “uso de todos os recursos” e os diferentes momentos da atuação clínica (prevenção, cura e reabilitação). A lógica de porta de entrada é o ponto de partida de ambas definições. No entanto, a formulação de Alma Ata apresenta um horizonte mais seletivo e focalizado, não incorporando elementos como a coordenação entre os distintos níveis assistenciais, a capacidade de influir sobre os determinantes sociais e atuar no âmbito intersetorial.

Esses distintos horizontes da atuação primária e comunitária em saúde fizeram com que autores como Silva Júnior (1998), ao referirem-se à Alma Ata, denomine o modelo proposto na conferência como Medicina Comunitária e não como APS. Diferenciam-se, nesse sentido, de autoras como Giovanella e Mendonça (2012), que aproximaram o conceito anunciado no documento histórico à ideia de uma APS “abrangente”, diferenciando-a de uma APS “seletiva”, esta última caracterizada como *“um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres”* (p. 17).

Seja em suas versões mais abrangentes ou mais focalizadas, a estruturação de uma rede assistencial localizada no nível primário produziu efeitos diretos sobre a atuação médica. Foi a implementação de serviços primários e da APS como um todo que possibilitou a consolidação de um mercado de trabalho, de um escopo de atuação mais delimitado à prática médica familiar e comunitária e, posteriormente, da especialidade médica relacionada a tal prática.

¹⁸ Cientes dos diferentes sentidos que a integralidade assume no debate da Saúde Coletiva, aqui estamos trabalhando apenas com sua formulação mais ligada ao plano internacional, referente ao conceito de “comprehensiveness”. O retrospecto histórico do conceito foi sistematizado por Silva Júnior e autores (2006).

2.4 A implementação da APS no Brasil

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) anuncia-se formalmente como a estratégia organizativa da APS no SUS. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo geral da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definições de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Desde 1993, lançado como Programa Saúde da Família, a ESF representou a proposição de maior abrangência de estruturação da APS no território brasileiro. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica¹⁹, do Ministério da Saúde, em 1994, havia 1,1 milhão de habitantes vinculados formalmente a Equipes da Saúde da Família. Em outubro de 2016, essa população já era de 124 milhões, representando 64% da população brasileira.

A composição de uma Equipe de Saúde da Família recomendada pela ESF é de, no mínimo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e um médico de família ou generalista.²⁰ Trata-se, portanto, de um arranjo organizacional que inclui, além do generalista, o “médico de família” como ator protagonista da APS no Brasil.

Entendemos aqui “modelo assistencial” como o modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, a partir da articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos (SILVA JÚNIOR E ALVES, 2007). A partir dessa compreensão, é importante ressaltar que a execução de uma política no plano normativo não garante, por si, a reorientação de um modelo.

Tal reorientação apresenta necessariamente limites e contradições (FRANCO E MERHY, 2003) e tem que levar em conta a heterogeneidade da constituição dos serviços primários em saúde pelo Brasil, com suas diferentes histórias e projetos políticos. Nesse sentido, o fato de termos um dado que afirma que mais da metade da população brasileira está formalmente coberta por Equipes de Saúde da Família não garante que tenha havido uma reconfiguração desse modelo de cuidado nem a execução das práticas previstas pela ESF e pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

¹⁹ Dados disponíveis em [dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php]. Acesso em 05 dez 2016.

²⁰ Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Além disso, é importante ressaltar que a história da APS no Brasil não se inicia com a implementação da ESF nos anos 90. Há práticas médicas generalistas, familiares e comunitárias inserindo-se em serviços primários de saúde do país desde o começo do século passado. Destacamos aqui experiências como:

- a. nos anos 20, os Centros de Saúde Escola, instituídos pelo Professor Geraldo de Paula Souza na Universidade de São Paulo, resultado de um convênio entre a Fundação Rockefeller, a Universidade John Hopkins (EUA) e a Faculdade de Medicina da USP (FARIA, 2005);
- b. nos anos 40, os Centros de Saúde da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) criada em 1942 a partir de acordo entre o governo Vargas e o norte-americano no movimento de industrialização e desenvolvimento nacionais e que atuou nas regiões rurais do Brasil, em especial no nordeste, região amazônica e Minas Gerais, com eixo principal no modelo vertical e centralizado do campanhismo e da educação sanitária (CAMPOS, 2006);
- c. nos anos 50, em franco embate com o modelo da Fundação SESP, o modelo médico sanitário desenvolvimentista que tinha como um de seus inspiradores Mário Magalhães e que propunha a implementação de políticas de saúde horizontais e permanentes voltadas para a prevenção, descentralizadas, municipalizadas e integradas (REIS, 2015);
- d. nos anos 60 e 70, os Centros de Saúde da Comunidade, dirigidos por sanitaristas a partir da reforma administrativa que passou a Secretaria Estadual de Saúde em São Paulo, capitaneada por Walter Leser a partir de 1968 (MERHY, 1987);
- e. nos anos 70, com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976 e atuando inicialmente no nordeste e depois em todo território nacional, com o objetivo de aumentar a cobertura médica a partir de serviços básicos, de forma descentralizada, hierarquizada e com utilização de profissionais auxiliares sem nível superior recrutados nas próprias comunidades, ações de saúde de baixo custo e participação comunitária (SCOREL, 1999);
- f. nos anos 80, com o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população e reorganizar o setor público de saúde – antecipando parte dos princípios do SUS, mas que não teve êxito em sua implementação prática;

- g. nos anos 80 e 90, a formulação e experimentação de distintos modelos tecnoassistenciais, como o das Ações Programáticas, vinculados à USP, Em Defesa da Vida, originado no interior do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP e o Sistemas Locais de Saúde (SILOS) / Vigilância em Saúde na Bahia (SILVA JÚNIOR, 1998);
- h. nos anos 90, experiências como o Programa Médico de Família em Niterói, implantado em 1992 a partir de uma reorganização municipal dos serviços primários de saúde e de uma cooperação entre a prefeitura e o governo cubano (MASCARENHAS E ALMEIDA, 2002).

Em suma, a análise da atual constituição da rede básica de serviços no SUS e atuação médica familiar e comunitária exige tomar a ESF como um marco, mas não isolado e único. Ao remontar parte da história da Saúde Pública brasileira, é possível enxergar, no mosaico de práticas realizadas pelas equipes de Saúde da Família pelo Brasil, a herança das políticas disputadas pelo pensamento sanitário e pelas diferentes concepções possíveis de atenção primária que atravessaram o último século (MERHY, 1987).

2.5 A emergência da MFC no Brasil

A formação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade no Brasil também é anterior à implementação da ESF. As primeiras residências no Brasil datam de 1976, com o nome de Medicina Geral e Comunitária. A especialidade chamava-se assim até 2001, quando foi denominada Medicina de Família e Comunidade (MFC), por decisão dos membros da então Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, sociedade fundada em 1981 (FALK, 2004; BONET, 2014).

As tensões da passagem do nome de Medicina Geral e Comunitária (MGC) para Medicina de Família e Comunidade (MFC), seja no nome da especialidade, seja no próprio nome da sociedade que a representa, foram analisadas numa etnografia dos médicos de família brasileiros e argentinos por Octavio Bonet (2014). O autor afirma que no contexto brasileiro tal batismo tomou proporções de um “rito de consagração”, entendido como um processo que delimita “um antes e um depois” essencial aos rituais de passagem. Foi esse processo que possibilitou à especialidade, através de sua sociedade, ganhar “*peso social*” e converter-se em “*interlocutora e porta-voz de sua categoria profissional*” (2014, p.188).

Para confirmar o novo nome da especialidade, foi realizada uma eleição eletrônica (por e-mail) em dois turnos, com a presença de 53 dos 120 médicos que integravam uma lista de discussão nacional. Entre abril e maio de 2001, foi finalmente decidido que seria denominada Medicina de Família e Comunidade.

Interessante notar que esta decisão, além de feita muito *a posteriori*, ainda é alvo de tensões entre diferentes atores da MFC no Brasil. Um médico de família entrevistado conta que “*queriam formar essa residência em medicina comunitária, não era medicina de família, esse nome [medicina de família] é abominável*” (E1, p.1); outro ao se referir na entrevista à MFC, a cada momento utilizava uma nomenclatura diferente, até que em um momento da entrevista, chegou a gargalhar diante da dificuldade em acertar o nome decidido em 2001: “*é o médico da atenção primária. A medicina de saúde da família. Família e comunitária. O nome que tiver*” (E4, p.6).

Há, nesse processo de decisão do nome, o relato de um inusitado e-mail do então presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SMBFC):

“Enfim, a MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE está OFICIALMENTE RECONHECIDA como ESPECIALIDADE MÉDICA [...] A especialidade mais próxima a esta que também foi reconhecida é a "Medicina Preventiva e Social" (MPS), mais ligada à Saúde Coletiva. [...] Não haverá forma de ser criada nenhuma outra especialidade médica que

seja "próxima" em atuação com a MFC ou a MPS [Medicina Preventiva e Social]" (BONET, 2014, p.185, destaques do autor)

Esse e-mail ilumina um dos pontos de inflexão mais importantes na constituição da especialidade da MFC no Brasil: as tensões entre os campos da Medicina Preventiva e Social (e os “preventivistas”) e da Medicina Comunitária (e os “comunitaristas”) foram centrais na constituição da MFC. Essa tensão também esteve de alguma forma presente na formação do campo da Saúde Coletiva (SC) no Brasil.

Carvalho (2005), ao analisar a constituição da SC a partir da década de 70, entende-o como um movimento teórico-conceitual composto por um conjunto de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito da academia, das instituições de saúde e das organizações da sociedade civil.

A SC identifica-se enquanto um campo político e articulado aos ideais da Reforma Sanitária – afirmando o direito à saúde, a cidadania e a democracia. Coloca no centro de sua problemática tanto o processo de trabalho como as determinações sociais do processo saúde-doença. Produz-se, nesse sentido, enquanto um campo teórico e prático singular no campo da saúde (SILVA JÚNIOR, 1998; CARVALHO, 2005).

Uma dessas singularidades diz respeito ao compromisso, ainda que sem delimitação clara, com o “coletivo”, projetando sentido histórico e político às práticas em saúde e descaracterizando-as unicamente como práticas nos planos individual e científico. Incorporando saberes das ciências sociais e inserindo-se no caldo de ascensão dos movimentos sociais e populares, procurou romper com o discurso biológico e tecnocrático vigente na Saúde Pública (NUNES, 1994).

É importante afirmar que a SC não é um campo teórico-prático monolítico e construído por uma corrente de pensamento única. Para entender seu movimento e sua formação, é necessário compreender as diferentes correntes e propostas que atravessaram sua história. Ao falarmos sobre “a” Saúde Coletiva, é sempre importante nos indagarmos a qual (ou quais) dela(s) estamos nos referindo.

Não é possível compreender essa formação sem tratar de duas destas correntes, determinantes em sua constituição: a Preventivista e a Comunitária. Ambas propunham caminhos alternativos para a organização da assistência em saúde, criticada em seu modelo hegemônico hospitalocêntrico, ineficiente e incapaz de responder às inequidades sociais.

Era este o contexto da criação de departamentos de Medicina Preventiva e Social nas escolas médicas, com a incorporação de disciplinas de epidemiologia, bioestatística, ciências da conduta e administração e a introdução de práticas preventivas a partir do modelo de história natural de doenças. Também foi dentro desses departamentos que parte dos debates e formulações que culminariam na constituição da Saúde Coletiva desenvolveram-se (CARVALHO, 2005).

Igualmente nesse contexto de crítica ao modelo fragmentado e especializado da prática hospitalar que os programas da Medicina Comunitária (MC) tomaram corpo. Tais programas, bastante heterogêneos entre si, foram formulados e executados por profissionais de diferentes especialidades, como Clínica Médica, Medicina Interna, Psiquiatria, Pediatria e também parcialmente de dentro dos departamentos de Medicina Preventiva e Social.

A “Medicina Comunitária” (MC), denominada enquanto tal, inicia-se nos Estados Unidos a partir da década de 60, como uma lacuna da organização dos serviços assistenciais entre a medicina empresarial e a medicina pública. Na administração Kennedy e Johnson e as políticas de combate à pobreza, através de programas como o Medicare e Medicaid, começam experiências de MC especialmente sobre os “guetos” das metrópoles (PAIM, 1976).

Um dos marcos do debate da Medicina Comunitária na América Latina foi a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas no Chile, em 1972, época do governo Allende. No informe final dessa reunião, enfatiza-se a necessidade da formação de médicos generalistas (provedores primários do cuidado familiar), que deveria contar com habilidade e atitudes sociais, atuar em áreas pobres, tanto urbanas como rurais. A consolidação da “medicina da comunidade” dependeria da formação desses médicos, especialmente a partir da articulação entre organismos de saúde (públicos e privados) com as universidades locais (OPAS, 1972).

A genealogia do conceito (PAIM, 1976), a sua entrada no seio do dilema preventivista (AROUCA, 2003), a concepção de “Comunidade” ao invés do termo “Sociedade” (FERRARA et. al, 1972), os diferentes usos de acordo com o sistema de saúde estruturado e o estágio do desenvolvimento socioeconômico (DEVOTO, 1970), foram temas de investigação de diversos pensadores e fizeram parte da constituição do campo da Saúde Coletiva brasileira e da medicina social latino-americana.

Desde o início, a MC tomou como objeto a saúde da população que era pouco atingida pelo mercado e desassistida por programas estatais prévios. Tinham como justificativa

também a “integração” dos marginalizados da sociedade americana, ligada diretamente à sociologia funcionalista de Talcott Parsons. Este pensador norte-americano afirmava a necessidade da integração social a partir da ideia de “comunidades” articuladas em um sistema específico de normas com unidade e coesão (SILVA JÚNIOR, 1998).

Podemos caracterizar a MC a partir de um conjunto de elementos: 1) coletivismo restrito – restringindo a clínica a uma comunidade local, onde haveria uma dinâmica própria distinta da sociedade como um todo e um consenso integrado de interesses; 2) integração de atividades de promoção, prevenção e cura a grupos entendidos como “vulneráveis e de risco”; 3) desconcentração de recursos; 4) hierarquização do acesso a partir de um nível primário, sem pressupor necessariamente a organização de uma rede de serviços; 5) adequação de tecnologias acessíveis e disponíveis; 6) inclusão de práticas médicas “alternativas” – a partir de distintas racionalidades, além da biomédica; 7) utilização de equipe de saúde multiprofissional e 8) participação comunitária (SILVA JÚNIOR, 1998).

A MC propôs desde seu início uma forma específica de prestação de serviços de atenção individual e coletiva, valendo-se de conceitos como a *atenção simplificada à saúde* e a *participação comunitária*. Não aparece de forma explícita na corrente qualquer tipo de proposta radical de mudança do paradigma sanitário: tratam-se de programas experimentais, que a partir da racionalização de práticas médicas, buscavam garantir assistência à saúde a populações pobres, tanto urbanas como rurais (CARVALHO, 2005).

Mario Testa (1972), médico sanitário argentino, afirma que os países subdesenvolvidos, no afã de construir ou copiar soluções organizativas, produziram essas experiências “*como se fosse o que estes países necessitariam para resolver seus problemas de saúde*” (p.166). O mesmo autor criticou duramente o modelo de APS que estava se estruturando nos países da América Latina, chamando-a de Atenção Primitiva – crítica que comumente aparece em debates no Brasil quando afirma-se que parte dessas soluções estariam produzindo um “SUS pobre pra pobre”.

No artigo “Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica”, Paim (1976) propõe que a MC estaria atendendo às seguintes proposições:

- a) como operacionalidade do conceito de ‘medicina integral’ na formação de recursos humanos para a saúde; b) como possibilidade de experimentação de modelos de prestação de serviços de saúde; c) como preenchimento de lacuna entre a medicina de mercado e a medicina pública; d) como ação descendente do Estado no sentido de modernizar a concepção de saúde da população (1976, p. 11)

e por último

e) como possibilidade de intervenção no sentido de dirigir os hábitos, atitudes, comportamentos da população para fins definidos por setores dominantes, isto é o controle social, desde a domesticação da puericultura e da higiene mental até as formas mais declaradas de controle da natalidade (1976, p. 11)

Procurando apreender o caráter histórico da medicina na articulação de sua prática com as demais práticas sociais, Donnangelo (1979) identifica que o projeto da Medicina Comunitária se diferenciava de outras modalidades médicas por não atuar diretamente na reprodução e manutenção da força de trabalho operária nas sociedades capitalistas e no aumento de extração da mais-valia e, conseqüentemente, do lucro.

A autora pensa a MC como uma nova modalidade da prática médica, onde haveria uma inédita atuação diretamente com categoriais sociais antes excluídas do cuidado médico²¹. Dessa forma, a MC estaria vinculada à *“reprodução da estrutura social pela mediação do político, mais que a uma articulação com o momento imediato da produção [capitalista]”* (1979, p. 94). Tal reflexão foi elaborada no auge do desenvolvimento de tais programas no Brasil, durante toda a década de 70.

Citamos, nesta década, alguns²² dos marcos da história da MC no Brasil:

- a. em 1972, o Laboratório de Estudos de Medicina Comunitária, criado na Unicamp elabora o programa do Centro de Saúde-Escola de Paulínia, para a implantação de um “sistema de atenção materno-infantil, clínica de família e medicina comunitária” (MELLO, 1979);
- b. em 1974, é criado o projeto de um Sistema de Saúde Comunitária, no Centro de Saúde Murialdo (Porto Alegre-RS) e dois anos após o programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária (BUSNELLO, 1977, 2009; FALK, 2004);
- c. em 1975, implanta-se o Projeto Montes Claros no Vale do Jequitinhonha, palco privilegiado da luta do movimento sanitário (FLEURY, 1995);
- d. em 1976, implementa-se o subprograma de internato e residência em Medicina Geral e Comunitária em Hospital Regional Rural do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, em Vitória de Santo Antão, próximo a Recife/PE - extinto em 1983 e com pouquíssima literatura disponível (FALK, 2004);

²¹ Para chegar a essa conclusão, a autora primeiramente estuda a relação entre o vigente aumento do consumo de serviços médicos no século XX, o que denomina “a medicalização da sociedade” e as raízes dessa medicalização, temática que será discutida no próximo capítulo.

²² Há outras experiências citadas na literatura, mas com quase nenhuma documentação disponível.

- e. em 1976, é iniciado o Serviço de Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro que teve uma atuação em uma área de Nova Iguaçu (RJ) e a criação no mesmo ano da Residência em MGC (NORONHA, 1977; FALK, 2004);
- f. em 1977, o Departamento de Medicina Preventiva e a disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP organizam o Seminário “Medicina Comunitária e Ensino” sob o patrocínio do convênio Kellogg/USP-Pediatria (SÓL, 2011);
- g. em 1978, inicia-se a Residência em Medicina Geral e Comunitária em Mariana (MG) (SÓL, 2011);
- h. em 1978, institui-se o Internato Rural da UFMG, modalidade de integração ensino-serviço da graduação de medicina com serviços básicos de saúde em municípios como Montes Claros, Diamantina, Capelinha, Coração de Jesus e Januária, de Minas Gerais (SÓL, 2011).

Tais programas experimentais carregavam consigo uma série de contradições. Por um lado, foram financiadas por organizações dos países centrais (por exemplo, Fundação Kellogg e Ford), diretamente apoiadas pelo governo americano e carregavam nela concepções focalizadas e restritas dos serviços de saúde e elementos do modelo liberal da prática médica, o que resultou em críticas profundas do movimento sanitário latino-americano.

Ao mesmo tempo, em um contexto em que distintas lutas políticas contrárias à ditadura civil-empresarial-militar tomaram corpo, incluindo a clandestinidade e a luta armada, uma quantidade expressiva de profissionais – em especial recém-formados – optaram por atuar enquanto militantes em tais programas como médicos generalistas. E atuar politicamente junto a populações historicamente marginalizadas, além de atendê-las.

Foi no interior desses programas que se formou uma geração de médicos de família e comunidade, na época comumente denominados médicos “generalistas”. Nesse sentido, é necessário observarmos como essa história se correlaciona com a formação da Saúde Coletiva e que relações podem ser estabelecidas entre essas experiências e essas relações no discurso da MFC dos dias de hoje.

2.6 Relações discursivas entre a formação da MFC, a Medicina Comunitária e a Saúde Coletiva

Conforme dito, optamos por trabalhar com a formação da MFC a partir das relações discursivas que ela estabelece tanto para configurar sua própria identidade, como para se relacionar com outros campos de enunciação. Daí a opção por entrevistar tanto membros da SBMFC, quanto do Ministério da Saúde e pesquisadores da Saúde Coletiva. Tratam-se de três dos vários campos de enunciação que vem incidindo nas últimas décadas sobre a formação discursiva da MFC no Brasil.

Para conhecermos as implicações de cada um dos entrevistados com a história da MFC, iniciamos as entrevistas com o histórico pessoal dos entrevistados em relação à prática médica familiar e comunitária e a estruturação de serviços primários em saúde no país. Após, interrogamos diretamente cada um deles sobre como viam as relações da MFC com a formação da Saúde Coletiva e com a história da Medicina Comunitária no Brasil. Apresentamos, aqui, nossas reflexões especialmente acerca do material produzido com essa parte das entrevistas.

No que tange à Medicina Comunitária, ao comentar sobre a relação histórica da MFC com esses programas, a caracterização das escolhas dos médicos ao ingressarem nestes como uma opção declaradamente política e de esquerda foi comum nas entrevistas. Um dos depoimentos de um médico de família das primeiras turmas do Programa de Residência de MGC de Murialdo ilustra essa militância:

“A gente trabalhou com a igreja, a gente publicou apostilas, cadernos de educação popular²³ com a igreja em 1980, então tem um monte de coisa, essa linha que a gente trabalhava. Consequentemente, uma linha francamente anti-ditadura militar e ideológica. Para nós a medicina comunitária era uma opção ideológica.” (E1, p.2).

Em outro momento, um dos entrevistados afirma que, ao atuar nos programas de MC, “*teve gente aproveitou isso pra fazer política, ia lá conscientizar o povo, organizar abaixo-assinado.*” (T4, p.8) Outro afirmou, no mesmo sentido, que os médicos iam para atuar na atenção primária “*mas também pra fazer um conjunto de ações com aquelas populações, estar junto com elas, com as classes populares...*” (E6, p.3).

^H A relação entre as práticas de Educação Popular e os programas de Medicina Comunitária é citada no interior do campo discursivo da MFC, em especial nos cenários fora do Centro-Sul. Não foi encontrada, no entanto, muita documentação de tais experiências associadas ao desenvolvimento dos programas.

Era uma situação paradoxal: parte dessa atuação “ideológica” incluía uma crítica profunda ao próprio modelo restrito e focalizado dos programas de MC, que não pressupunham a constituição de um sistema universal e público de saúde. Além disso, havia diversos atores que participavam diretamente das experiências e ao mesmo tempo eram críticos às instituições que financiavam as atividades. Isso gerou uma série de embates no interior dos programas. Por exemplo, um dos entrevistados afirma que:

“a gente aprendeu nessa época que a Medicina Comunitária tinha nascido dos guetos dos Estados Unidos, para atender a população pobre e a gente não defendia isso (...) O diretor da Residência de Medicina Geral e Comunitária [de Murialdo] queria abrir consultórios de Medicina Comunitária, eu digo ‘consultório coisa nenhuma, nós estamos tentando construir um sistema de saúde, queremos o SUS e não consultório’” (E1, p.2-3).

Essa disputa do “comunitário” como instrumento de conscientização política e transformação social aparece mais de uma vez nas falas analisadas. Num sentido oposto, um dos médicos de família chega a afirmar:

“Eu não sou o cara que vai lá mudar os determinantes sociais. É a política que me colocou lá que vai. E nisso eu acho que tem alguma confusão, tem pessoas que acreditam que a gente consiga... é uma visão bastante utópica, idílica, um pouco *naive* [ingênua], assim, um pouco inocente” (E2, p.14)

O mesmo entrevistado, ao ser indagado qual seria o sentido do “comunitário” na sua perspectiva afirma que “*na verdade, o comunitário é quando você é o médico de referência daquela região, daquela comunidade, tem que estar atento pra questões epidemiológicas que surjam ali...*” (E2, p.15).

Os dois últimos trechos citados dialogam diretamente com os anseios de parte dos médicos recém-formados que ainda optam pela MFC num sentido ético e político de transformação do *status quo*. Para este entrevistado, tal decisão foi qualificada como “ingênua”. O que está pressuposto nesse juízo de valor é a delimitação explícita entre uma política normativa já instituída e uma atuação clínica restrita, subordinada à primeira. Nesse discurso, a dimensão comunitária da prática da MFC é reduzida a um mero instrumento epidemiológico de análise do território e da população. Em outras palavras, seriam as políticas instituídas que poderiam transformar a sociedade; a atuação clínica representaria apenas um aspecto técnico dessas políticas e o componente territorial da MFC responderia essencialmente à dimensão de análise populacional.

A própria atuação nos determinantes sociais foi motivo de uma resposta irônica de um dos entrevistados: “*você deixa de ser médico e vai... sei lá, tá tendo muito acidente de trânsito na comunidade, então o que você tem que fazer é consertar as placas de trânsito*”

(E5, p.3). O mesmo entrevistado, ao ser questionado sobre a dimensão comunitária da MFC, responde que:

“A questão de ser comunitária é a parte boa, não tem problema. É a parte assistencial que acontecia lá na comunidade que era muito boicotado. Os sanitaristas diziam que era perda de tempo atender as pessoas, porque o que importava era a população. Você olhar o todo. E aí foi fugindo muito do consultório” (E5, p.2).

Aí transparece uma das principais tensões entre o campo contemporâneo da MFC e da Saúde Coletiva. Mais do que os diferentes significados que o “comunitário” assume nos discursos em análise, é comum ouvir tanto nas entrevistas quanto em conversas com médicos de família que a principal diferença entre a MFC e a Saúde Coletiva seria que a primeira teria como aspecto central a clínica individual e a segunda seria referente às práticas populacionais, de planejamento e gestão. Um dos entrevistados afirmou que a MFC, por ficar atrelada à SC, padecia do problema de que *“muita gente acabava fazendo medicina de família por não ser muito afeito à clínica, a ser bom clínico”* (E2, p.14).

Essa crítica não foi exclusiva dos médicos vinculados ao campo atual da MFC. Um dos pesquisadores da Saúde Coletiva entrevistados afirmou que *“a SC desvalorizou a clínica. E valorizou muito a promoção de saúde, a transformação social, a cidadania”* (E4, p.5).

Parte dessa desvalorização da clínica, de fato presente em parte expressiva do movimento sanitário, tem raízes históricas. Em primeiro lugar, com o sanitarismo desenvolvimentista que dicotomizava e subordinava a assistência médica à Saúde Pública, afirmando que o controle das doenças e a saúde da população seria somente possível – e inevitável – com o desenvolvimento econômico e a racionalização estatal das práticas sanitárias (MERHY, 1987).

Em segundo lugar, com a forte influência de um certo estruturalismo marxista sobre o pensamento sanitário. Obcecado apenas pela transformação macroestrutural da sociedade, muitas vezes desconsiderou uma série de experiências locais, preterindo e adiando reflexões sobre o processo de trabalho e modelos assistenciais na saúde.

No entanto, é no mínimo injusto dizer que o campo da SC passou ao largo de uma discussão mais detida sobre as práticas clínicas no interior da APS. Parte dessa crítica à SC no que se referia à desvalorização da clínica foi elemento central no final da década de 80, por exemplo, para a construção do LAPA (Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde) e da corrente Em Defesa da Vida, sediados na UNICAMP e com importante irradiação nacional (CARVALHO, 2005).

Criticando frontalmente a veia tecnocrática e o distanciamento entre gestão e clínica de modelos assistenciais propostos por outros formuladores, em especial no âmbito da APS²⁴, as formulações da corrente Em Defesa da Vida influenciaram uma geração de profissionais de saúde, gestores e pesquisadores no campo da saúde. Colocaram no centro do seu debate a construção pública, democrática e reflexiva no campo da saúde e problematizaram em diferentes níveis os processos de gestão e de trabalho (CARVALHO, 2005).

Além de tornar possível proposições inovadoras como o método Paidéia, a Clínica Ampliada e a Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, esse movimento também trouxe à tona a necessidade de pensar diretamente a atuação clínica e a formação médica (e em saúde, em geral) no interior da ESF. Nesse sentido, influenciou uma série de gestores do Ministério da Saúde que impulsionaram direta ou indiretamente o processo de inserção e consolidação da MFC no âmbito da Atenção Básica.

Entendemos, contudo, que mesmo tal debate tendo comparecido em diversas produções da SC nas últimas duas décadas, isso não significa que ele necessariamente tenha contribuído para o repensar das práticas médicas familiares e comunitárias. Também não se encontra em construção um diálogo potente entre as formulações sobre clínica e gestão na APS realizadas pela SC e pela MFC nos dias de hoje. É raro, inclusive, encontrar referências a autores mais vinculados à SC nos textos acadêmicos da MFC e vice-versa. Tão improdutivo quanto desnecessário, a ausência desse diálogo apenas reforça uma tendência de isolacionismo e autossuficiência da produção de conhecimento contemporâneas, visível em ambos os campos.

Para estabelecer um diálogo entre eles, foi necessário observar como cada ator enxergava-os e estabelecia possíveis relações entre eles. Tal questionamento, diretamente feito a cada um dos entrevistados dessa pesquisa, gerou as mais variadas respostas.

Um dos entrevistados afirmou que *“a Saúde Coletiva sempre tentou pautar a MFC dizendo que a gente tinha que cuidar de populações e na verdade nosso foco são as pessoas, não são nem as doenças nem as populações”* (E5, p.1). Temos aí a delimitação de três objetos de trabalhos, tratados como distintos: a) as pessoas, da MFC; b) a população, da SC e c) as doenças, das demais especialidades médicas. O mesmo entrevistado diz que a MFC *“patinou muito tempo”*, mas agora *“está mais livre pra traçar os seus próprios caminhos”* (E5, p.1).

²⁴ Há um interessante debate sobre a gestão da clínica na APS feito a partir do livro sobre Programação em Saúde, vinculado à USP (SCHRAIBER, 1990) e uma acalorada crítica a esse modelo em Campos (1991).

Acusa-se aqui a SC de historicamente tentar subjugar a MFC e comemora-se, enfim, uma libertação desta em relação àquela.

Outro entrevistado afirma, inspirado numa pensadora canadense²⁵, que o médico de família seria o “o cirurgião da Epidemiologia e, de certa forma, um cirurgião de várias áreas da Saúde Coletiva, ou da Saúde Pública” (E2, p.12) Aí parece haver uma apreensão da MFC como uma especialidade médica que opera, ao invés de órgãos, dados populacionais com a precisão e controle de um cirurgião. Interessante apontar como a MFC é tomada nesse discurso como um campo extremamente autônomo e sob controle, munido de ferramentas precisas que manipulariam o universo gerencial e epidemiológico e lançando mão especialmente do conceito de risco²⁶.

Num outro extremo, há entrevistados que colocam a MFC como “filha” e “herdeira legítima” da SC. Foi possível ouvir de um médico de família e comunidade que “A SC, a meu juízo, gerou a MFC (...) A Saúde Coletiva é pai da Medicina de Família e Comunidade” (E1, p.7). A ideia de paternidade aqui comparece de forma inusitada, se pensada ao lado do discurso que afirmou que a MFC estaria finalmente livre para traçar seus próprios caminhos.

Dialogando com a necessidade ou não da Saúde Coletiva influenciar ativa e diretamente a MFC, outro pesquisador da SC afirmou que “A SC tem que ser campo de todas as profissões e especialidades. Umás mais que as outras. A mais é a MFC” (E4, p.6). Reitera-se, aqui, o papel que caberia à SC de estar presente de forma ativa na formação e nas práticas familiares e comunitárias e na constituição do campo discursivo da MFC.

Situando-se num meio termo, houve também a afirmação da relação entre MFC e SC como fraterna. Uma entrevistada vinculada à SBMFC afirmou que elas seriam “co-irmãs”, situando a MFC “na interface entre a Medicina Interna, Clínica e a Saúde Coletiva. A MFC trata das questões da coletividade, mas da perspectiva da clínica da pessoa”. E terminou afirmando que considerava “o campo da SC fundamental, estratégico e extremamente

²⁵ Perle Feldman, médica de família da Universidade Toronto e pesquisadora de educação baseada em competências, afirma que os médicos de família seriam os “braços cirúrgicos da Epidemiologia”. Disponível em: dfcm.webservices.utoronto.ca/prospectivelearners/corecompetency/Overview.htm?PageMode=Print7 [acesso 15 dez 2016] Parte dessa conversa crítica entre a Clínica e a Epidemiologia foi exposta no capítulo “O saber como tecnologia” (MENDES GONÇALVES, 1994).

²⁶ É necessário buscar um uso crítico do “risco”, partindo da ideia que não se trata de “um conceito neutro e ‘científico’, mas um conceito histórico que muitas vezes dissolve os contornos entre os saudáveis e os doentes no campo da saúde, colocando todos em uma teia de observação onde experts fabricam normas de classificação e têm grande influência naquilo que se afirma como problemas de saúde nos dias de hoje” (CARVALHO et. al, 2016, p. 534).

necessário. Ele não se opõe e nem prescinde da MFC. Talvez a SC seja muito mais abrangente” (E3, p.2).

Outros dois entrevistados, médicos com passagem relevante pelo Ministério da Saúde diretamente na Atenção Básica, reconhecem as diferenças entre os campos e afirmam a necessidade da SC apoiar a MFC a pensar o sistema de saúde e o seu próprio processo de trabalho, *“em especial pra ampliar a capacidade do MFC de organizar seu processo de trabalho, de planejar no espaço que tá inserido em seu serviço e pra poder fazer intervenções coletivas além de trazer epidemiologia clínica” (E6, p.2).*

A relação entre os dois campos suscitou por parte dos entrevistados um interessante deslocamento. Durante a pergunta, a MFC foi caracterizada diversas vezes como um campo prático - clínico e científico - pertencente à APS, distanciando-a de uma Saúde Coletiva vista como um campo de formulações políticas e administrativas, ainda que não a descartando necessariamente.

Foi comum a identificação da MFC enquanto “a” especialista em APS. Um entrevistado afirmou que o médico de família é central *“desde que se entenda dentro do sistema público de saúde, onde a atenção básica é ordenadora e tem papel fundamental na rede” (E8, p.3).*²⁷ Essa ideia de “especialista” em APS aparece com frequência no campo discursivo da MFC (ANDERSON et. al, 2005; GUSSO E LOPES, 2012).

É precisamente no centro dessa formulação que julgamos estar um dos “nós” dessa trama discursiva. A apropriação da APS enquanto campo privilegiado de enunciação e, em última análise, enquanto possibilidade de referir-se enquanto “especialista” é uma das manifestações mais visíveis da identidade atual da MFC.

Não se trata de negar a necessidade da especialização no trabalho em saúde, em particular no campo médico. Mas entendemos que há implicações no plano das práticas primárias em saúde, especialmente em seu âmbito transdisciplinar, quando a MFC se entende enquanto “A” especialista em APS. Parece-nos inclusive que o termo “especialista” não se refere aqui apenas à profissão médica e suas diferentes especialidades, mas como sinônimo de “expert” privilegiado de enunciados sobre APS e, portanto, portador de uma legitimidade

²⁷ A exigência da atuação do MFC em serviços públicos não foi um consenso nas entrevistas. Discutiremos um pouco desse horizonte privado da MFC no capítulo subsequente.

diferenciada de qualquer outra formação em saúde para formular e executar políticas nesse âmbito.

Ou seja, quando a MFC aparece afirmando-se enquanto campo autônomo e com uma história absolutamente única, distinta da que formou a SC, e conectada ao ideário internacional de APS, ela pretende assumir a figura de uma formação discursiva independente e capaz de sozinha apontar caminhos para a organização de serviços de saúde no Brasil. Interessante que ao mesmo tempo que traça esse caminho, especialmente no plano político, afirma como seu principal diferencial em relação à SC seu arcabouço clínico e científico. A própria separação entre clínica e política, temática fundamental à constituição da SC, aparece como um instrumento político, paradoxalmente para não transparecer enquanto tal e assumir as vestes de um campo prático e baseado na ciência.

Dá a presente tentativa de observar a emergência histórica do campo discursivo da MFC a partir de suas raízes comuns com a SC, particularmente no que tange às experiências de Medicina Comunitária e ao desenvolvimento da prática médica familiar e comunitária e dos serviços primários de saúde pelo mundo e no Brasil.

Essa “família” da Medicina de Família e Comunidade – ora interdita ora desconhecida – ajuda-nos a reposicionar o debate e evitar cristalizações institucionais, ancoradas em associações e entidades. Pode, além disso, contribuir para a compreensão das práticas e conceitos atuais da MFC, atravessados pelos horizontes políticos de suas práticas clínicas e de seu campo discursivo, tema de discussão do próximo capítulo.

3. DIÁLOGOS CRÍTICOS COM OS HORIZONTES DA MFC

“O caminho é claro e, também por isso, difícil – sem grandes mistérios e escolas. Um corpo-a-corpo com a vida (...) que se rale nos fatos e não que rele neles.”

João Antônio – “Corpo-a-corpo com a vida”

*“Eu vos falo / como um vivo aos vivos (...)
Camarada vida, / vamos / para diante”*

Maiakóvski - A plenos pulmões

Após a revisão histórica da formação discursiva da medicina generalista, familiar e comunitária pelo mundo e sua constituição nacional, buscamos agora delinear alguns dos seus horizontes contemporâneos. Para isso, ainda que indissociáveis, distinguimos dois planos de análise – um clínico e outro político.

No plano clínico, faremos uma sistematização inicial das nossas compreensões gerais sobre a medicina e a prática clínica contemporâneas, a partir de sua emergência histórica. Feito isso, apresentamos um dos possíveis efeitos dos discursos e práticas médicas, convencionalmente denominado de “medicalização”. Admitindo alguns limites do conceito, apresentaremos uma leitura alternativa para a problemática, que incorpore a compreensão da prática médica como uma estratégia *biopolítica*. Incluir esse prisma pode reposicionar de forma significativa como entendemos a medicina, o trabalho em saúde e, em última análise, a “produção de nós mesmos”.

Após esta sistematização teórica, dialogaremos com as falas das entrevistas que remetam ao plano clínico. Para além de um debate teórico-conceitual, buscaremos incluir os modelos e ferramentas clínicas que a MFC incorpora ao tratar da medicalização e da medicina enquanto uma prática biopolítica.

Posteriormente, será feita uma incursão nos horizontes políticos da MFC, a partir de uma análise mais específica sobre a realidade populacional brasileira, diferenciando-a da de países modelo para a formação discursiva internacional e nacional da MFC. Além disso, inicia-se um debate crítico sobre o progresso, a modernização e uma concepção linear e acumulativa do direito à saúde na história.

Com tais elementos, serão analisadas as respostas dos entrevistados sobre a incorporação de instrumentos e análises internacionais para a realidade nacional da prática

médica familiar e comunitária. Inclui-se, aqui, o contexto brasileiro – e global – de ataques sistemáticos à noção de direito público, universal e integral à saúde e os possíveis horizontes políticos da consolidação da MFC nessa conjuntura.

3.1 Reflexões sobre a medicina, a medicalização e a biopolítica

*É hipocrisia dizer que as pessoas não precisem
de uma carga de biomedicina hoje em dia. (...)
Se o Foucault estiver doente, ele vai procurar quem?*
Entrevistado ao ser questionado sobre efeitos biopolíticos da MFC

Para iniciarmos uma aproximação conceitual da medicina contemporânea, partimos de sua emergência em sua forma moderna, marcadamente a partir do século XVIII e do “nascimento da clínica” (FOUCAULT, 1963). Aqui, tal nascimento não é entendido como uma consequência inevitável dos avanços técnicos e científicos acumulados pela medicina através dos séculos, mas sobretudo a partir de uma profunda reorganização dos regimes de visibilidade, do olhar e do trabalho médico na sociedade revolucionária francesa e europeia como um todo.

Foi essa reorganização, resultante de complexas relações sociais, culturais, políticas e econômicas, que configurou o domínio hegemônico da assistência hospitalar e do paradigma anatomopatológico pelo mundo durante os séculos XIX e XX e formatou a medicina tal qual a conhecemos hoje (FOUCAULT, 1963; DONNANGELO, 1979; MENDES GONÇALVES, 1979; CARVALHO et. al., 2015).

A medicina não é entendida aqui como um conjunto dado e objetivo de fatos, mas, antes, como uma prática social atravessada por relações econômicas e políticas de poder ao longo de inúmeros planos sociais e históricos, com distintas possibilidades de apresentação e superfícies de emergência (FOUCAULT, 1963, 1984, 2010; ROSE, 1994).

Nesse sentido, discordamos da ideia comum de que a medicina moderna, seja referente a práticas clínicas hospitalares e especializadas seja a familiares e comunitárias, possa configurar algum tipo de medicina “não social”. Não entendemos que mesmo quando se manifesta como uma clínica que hipervaloriza o cuidado individual, faltaria à medicina contemporânea uma dimensão mais “social”.

Tal formulação cumpre, inclusive, a função de invisibilizar as diferentes práticas sociais que a medicina exerce nos seus variados contextos. Consideramos, num sentido oposto, que a singularidade da medicina moderna está justamente na sua condição de “social”, isto é, de produzir-se historicamente como uma *tecnologia* do corpo social. Esta tecnologia

tem o indivíduo e a relação médico-paciente apenas como uma de suas dimensões, mas historicamente se produz inexorável às relações de produção econômicas, políticas e de subjetividade do corpo social como um todo (MENDES GONÇALVES, 1979; DONNANGELO, 1979; FOUCAULT, 1984).

Assim, a prática clínica deve ser compreendida não como uma relação individual entre médico e paciente, ancorada numa ciência racional e iluminista que viria acumulando um arcabouço técnico e científico para atingir uma finalidade milenar da “arte médica”, seja prevenir, curar, aliviar a dor, ou qualquer outra formulação possível.

A medicina não possui, nesta visão, uma essência ontológica, epistemológica ou política. Isso significa que não é uma entidade única que existe “em si”, com um modelo científico intrínseco e exercendo um poder específico e pré-determinado. Ao contrário, é pensada como um dispositivo tecnológico, formado por um conjunto histórico de saberes, discursos, *expertises*, técnicas e práticas. É este conjunto que produz, em última análise, os efeitos dos discursos e das práticas médicas (FOUCAULT, 1963; ROSE, 1994; 2007; CARVALHO et. al., 2015).

Dentre esses efeitos, destacamos um bastante trabalhado na análise social crítica da saúde: o da medicalização. Ainda que pluralmente descrito pela literatura, há uma delimitação conceitual da medicalização como a incorporação de problemas “não-médicos” ao aparato da medicina, isto é, quando elementos tidos como externos ao seu escopo de atuação passam para seu domínio. O conceito aparece também num sentido mais amplo: como a expansão crescente dos serviços de saúde, abrangendo territórios antes desprovidos de práticas médicas²⁸ (ZORZANELLI et. al., 2014; CARVALHO et. al, 2015).

Uma das análises sociológicas inaugurais da problemática enquanto tal (“*the medicalizing of society*”) é o ensaio de Irving Zola de 1972. O autor caracteriza a medicina como uma instituição de controle social, dimensionando-a com ordem de grandeza tal qual a religião e a lei. Em nome da saúde (e não da legitimidade em si), a prática médica se tornava “um repositório de verdade”, o local onde juízos finais eram sentenciados por especialistas que portavam uma objetividade e uma moral supostamente neutras.

²⁸ Aqui não se entende apenas a assistência médica enquanto tal, mas a própria existência de serviços de saúde, que se organizam e se formatam a partir das práticas e saberes médicos.

Além disso, propõe que o processo saúde-doença foi sendo enunciado pelos médicos cada vez mais como uma batalha moral, instigado por uma retórica que responsabilizava e culpabilizava o indivíduo pelo seu próprio adoecimento. Nesta visão, a medicalização da sociedade seria articulada pela própria medicina através de quatro caminhos:

- a) a expansão de aspectos da vida humana considerados relevantes para a “boa” prática da medicina;
- b) o controle absoluto de procedimentos técnicos;
- c) o domínio quase integral de certos temas “tabus” da vida social;
- d) a expansão dos aspectos da medicina considerados relevantes para uma “boa” prática da vida (ZOLA, 1972).

Numa crítica também à medicalização progressiva da sociedade e sua conseqüente produção de “heteronomias²⁹”, Ivan Illich entende a ampliação do consumo médico como uma forma de expropriação da saúde assegurada e organizada diretamente pelos médicos. O autor considera que a prática médica *“passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não-humano”* (ILLICH, 1975, p.10). Trabalha, especialmente no contexto da industrialização e do avanço do hospital, com a ideia da medicina como uma forma de “intervenção imperialista”. Os médicos e os demais profissionais de saúde, para o autor, supervisionam a vida de forma irrestrita, desumanizando, adoecendo e morbidizando a todos sobre os quais atua.

A instituição médica, para o autor, busca desesperadamente a eliminação da dor, a correção das anomalias, o desaparecimento das doenças e o adiamento da morte. Para isso, delega funções higiênicas e sanitárias diretas à escola, à polícia, à publicidade, à política. Com isso, progressivamente arranca das pessoas seu próprio domínio de salubridade no trabalho, no lazer, na alimentação, no repouso e em todas as outras instâncias da vida social (ILLICH, 1975).

Tanto Zola como Illich estão vinculados a uma tradição crítica negativa da medicalização, entendendo que a medicina interdita a autonomia dos seres humanos sobre sua própria produção de saúde e de vida. É dela que derivam grande parte das reivindicações crescentes de autonomia dos pacientes, na luta direta contra o poder médico. Contrapondo-se

²⁹ Heteronomia, segundo o dicionário Houaiss, é a sujeição a uma lei exterior ou à vontade de outrem; a ausência de autonomia.

ao controle dos profissionais da saúde, em especial dos médicos, que buscam ditar os rumos da vida dos pacientes, emerge a ideia de resistência e da busca pela “desmedicalização” das relações sociais (CARVALHO et. al., 2015).

Dentre as distintas leituras do fenômeno da medicalização, julgamos fundamental procurarmos aquelas que se diferenciam desse caráter exclusivamente negativo da medicina e que reconheçam neste processo crítico sua dimensão positiva.

Ao utilizar de forma irrestrita o conceito, Rose (2007) chega a afirmar que recorrer ao conceito da medicalização tem se tornado um “clichê” em parte considerável das análises críticas à medicina e a seus efeitos negativos. Ainda que haja muito o que criticar sobre variados efeitos deletérios da prática biomédica contemporânea, o autor provoca-nos ao dizer que a medicalização “*produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela tornou nós quem nós somos*” (2007, p. 700).

Rose (2007) distingue três dimensões da medicalização que atuam diretamente nessa *produção de nós mesmos*. A primeira diz respeito às formas médicas da vida (“*medical forms of life*”), aludindo à “sanitarização” da existência humana, isto é, ao avanço irrefreável nos últimos séculos de práticas de saneamento, vacinação, higiene, sexualidade, inseridas no contexto de urbanização. Nós vivemos com nós mesmos e com os outros, cotidianamente e em cada momento da vida social, através de uma forma de vida inextrincável aos saberes e práticas médicas e sanitárias, produzidas de forma mais intensa nos últimos três séculos.

A segunda refere-se aos significados médicos (“*medical meaning*”), isto é, à influência direta da medicina na forma que produzimos nossa linguagem e sentido e experienciamos o mundo. Tanto no léxico sociológico e político, destacadamente a partir do século XIX, quanto no do dia-a-dia são utilizados termos médicos para explicar uma gama de situações diversas. Frases frequentes de serem lidas e ouvidas - “a sociedade está doente”, “o racismo é um câncer social” ou ainda “solidão tem cura” - evidenciam como o saber médico está presente em enunciados proferidos em uma série de situações do cotidiano.

Por fim, a terceira associa-se às diversificadas formas de expertise (“*medical expertise*”) que a medicina assume, quando diferentes “experts” – médicos, urbanistas, sanitaristas, governantes, juízes, psicólogos, religiosos, empresários – exercem sua autoridade a partir do conhecimento médico. O controle sobre o nascimento e a sexualidade, as diferentes técnicas reprodutivas e contraceptivas, o uso de drogas, o comportamento criminal, a ansiedade, o stress, a tristeza, o luto, a morte, a velhice: múltiplas dimensões de nós mesmos

que diariamente são explicadas a partir de saberes médicos, estruturando diretamente nosso campo de escolhas e formatando nossas vidas.

O mesmo autor entende que o processo de medicalização não seria apenas uma tentativa bruta de impor uma recodificação das angústias e sofrimentos, mas também a criação de delicadas afiliações entre as nossas necessidades subjetivas, insatisfações e possibilidades de formas alternativas de viver. Critica-se, assim, visões que responsabilizam unicamente o marketing de medicamentos, interesses comerciais pelas tecnologias na saúde e que tendem a colocar os usuários como vítimas passivas e impotentes desse processo (CARVALHO, 2004; ROSE, 2007).

Aqui nos é apresentada uma maneira diferente de compreender o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea. Ela não nega a medicina como uma tecnologia de controle social em potencial. No entanto, vai além: entende que a medicina configurou nossos regimes éticos, nossas relações com nós mesmos e os julgamentos do tipo de pessoas que queremos ser e as vidas que queremos levar. Exige, portanto, métodos conceituais que busquem investigar tal fenômeno de forma mais complexa para além da “medicalização”, trazendo elementos que rompem com a lógica de pensar o poder médico apenas em sua dimensão de repressão e controle (ROSE, 2007; CARVALHO et. al, 2015).

Um elemento central a esta analítica refere-se ao caráter produtivo do poder. Ela entende que é necessário parar de descrever os efeitos do poder somente em termos negativos, observando-o apenas pelo prisma de “algo mal”, que “proíbe”, “exclui”, “reprime”, “recalca”, “censura”, “mascara”. O poder se sustenta e é aceito, não apenas como algo negativo, da ordem da repressão. Ele atravessa e produz diversas coisas: discursos, prazer, formas de conhecer, de sentir e de viver.

Deve, assim, ser considerado como uma rede produtiva que perpassa todo o corpo social, para além de uma instância negativa cuja função é a repressão. O exercício do poder consiste, nessa visão, em conduzir condutas, em ordenar as probabilidades do outro, agindo sobre as possibilidades de ação dos indivíduos e estruturando seu campo de ação (FOUCAULT, 1995; 2004; CARVALHO et. al., 2015).

Com esta compreensão, a medicina pode ser vista como uma estratégia de poder, isto é, de práticas e conhecimentos acumulados que estruturam o campo de ação dos indivíduos e da população. Indo além, ao configurar-se como uma prática social e política que exerce

múltiplas formas de poder sobre a vida³⁰ humana a medicina representa uma estratégia *biopolítica*.

Para compreender a dimensão da medicina como uma estratégia biopolítica, é necessário pensá-la no conjunto das práticas de governo contemporâneas. Há em todas estas práticas (na saúde, na educação, na segurança, etc.) um elemento em comum: uma preocupação evidente com a vida da população, em como fazê-la crescer e prosperar de forma determinada, aumentar sua duração, evitar males que a aflijam, aprimorar seu nível de saúde e de produtividade. É este *poder sobre a vida* que configura os dispositivos biopolíticos.

Tal poder passa por dois pólos de desenvolvimento que não se excluem. O primeiro referente à disciplina, ao controle, à expropriação e à docilização do “corpo-máquina”, diretamente relacionados à revolução industrial e a socialização da força de trabalho. Aqui, o poder e o saber médicos, ao tomar como objeto direto o corpo dos trabalhadores, buscam aumentar o seu desempenho e, com ele, maiores taxas de produção de riqueza na sociedade capitalista (DONNANGELO, 1975; 1979; FOUCAULT, 1988).

Mas inclui um segundo polo: o de “corpo-espécie”, com sua dimensão de ser vivo e sua dinâmica biológica - o nascimento, a morte, a reprodução, a sexualidade, a subjetividade, os processos vitais em geral. A série de intervenções sobre esse pólo configura a *biopolítica* da população, possibilitando a administração e o governo de todos os corpos; a gestão “direta e calculada” da vida como um todo (FOUCAULT, 1988).

Não se nega aqui que o capitalismo tem como condição de existência a manutenção e ampliação constante das relações econômicas e políticas de produção. Inclusive, o “nascimento” da clínica moderna – e de instituições como o hospital, a fábrica, a polícia, a escola – inserem-se diretamente nessa necessidade de controle.

No entanto, é evidente que as práticas de governo contemporâneas exigem dispositivos diversificados – aqui denominados de biopolíticos – que exercem um poder ubíquo sobre a vida da população como um todo e individualmente. Isto é, um entrelaçamento minucioso, complexo e onipresente de exercícios de poder sobre a vida da população e de cada um de seus indivíduos, ampliá-la, entendê-la, valorizá-la, prever e evitar seus acidentes, consertar seus desvios.

³⁰ O que se configura como “vida” nesse processo engloba o ser humano tanto em sua condição de ser vivente e político quanto como portador de um corpo biológico. O prefixo “bio” não pressupõe aqui uma dissociação polar entre natureza e história. Parte desse complexo debate trazido por Foucault foi exposto em Esposito (2008) e Safatle (2015).

A medicina representa um desses dispositivos biopolíticos uma vez que, além de manter os “corpos-máquina” aptos para o trabalho e a produção de riqueza, condiciona a higiene desses corpos, de suas famílias e de suas casas; das formas de sua sexualidade e de reprodução; o uso de drogas; os cuidados dispensados às crianças; a educação escolar e o aprendizado; a educação física; as práticas corporais; as formas de emoção e subjetividade como um todo.

Nesse sentido, ao invés de apreender a expansão incessante do domínio médico sobre praticamente todas as instâncias da vida social a partir da ideia da “medicalização” – conceito que anuncia como sujeito central a própria medicina – podemos pensar os inúmeros efeitos dos discursos e práticas médicas como estratégias biopolíticas.

Isso nos exige romper com a lógica de uma vida “pura” contaminada pela medicina *a posteriori*, passível de ser restaurada a sua condição pré-medicalizada. Não há caminho de volta: na história das estratégias de poder sobre a vida, a medicina tem posição central, determinante e, em grande parte, irreversível. Partindo disso, cabe-nos questionar: que vida afirmamos quando exercemos poder sobre ela? Quais alternativas temos para afirmar outras formas de “vida”?

Cientes de que tais questionamentos extrapolam o escopo desse texto, podendo inclusive nos conduzir a uma série de labirintos, inseriremos tal debate na prática médica familiar e comunitária e na formação discursiva da MFC.

3.2 Efeitos biopolíticos no horizonte clínico da prática médica familiar e comunitária

Em 1974, época central para o desenvolvimento da Medicina Comunitária no Brasil, como visto no capítulo anterior, Foucault fez uma conferência no Brasil a convite do Instituto de Medicina Social da UERJ. Publicada tardiamente com o nome de “Crise da medicina ou da antimedicina?” (2010), sua fala respondia na época à efervescência da obra de Ivan Illich (1975), editada pela primeira vez em 1972. Partimos de uma provocação feita nesta conferência e reproduzida literalmente nas entrevistas realizadas nesta pesquisa ao tratar da temática da medicalização, onde ele afirma que seria necessário

tentar compreender em que consistiu a “decolagem” sanitária e médica das sociedades de tipo europeu a partir do século XVIII [...] e as que, por sua situação colonial ou semicolonial, só tiveram uma relação remota ou secundária com essas estruturas médicas e agora pedem uma medicalização, à qual têm direito porque as doenças infecciosas afetam milhões de pessoas [...] em que medida isso deve ser feito para ser aplicado de forma eficaz nessas sociedades sem que produzam consequências negativas (2010, p.173)

Essas consequências negativas foram tratadas como efeitos possíveis dos programas de Medicina Comunitária no Brasil na mesma década. Como já descrito no capítulo anterior, Paim (1976), ao criticar a MC, afirma que esta poderia estar cumprindo a função de dirigir e controlar os hábitos e comportamentos da população, domesticando a infância e a saúde mental e realizando técnicas de controle de natalidade.

A mesma crítica é feita por Donnangelo (1979) que enxerga nos programas um processo de medicalização e, em última análise, uma estratégia de reprodução da estrutura social vigente, numa dimensão mais política do que econômica. Ambos autores, ainda que não literalmente, alertam-nos justamente para os possíveis efeitos biopolíticos da prática médica familiar e comunitária inserida em serviços primários de saúde.

Nesta prática, o processo saúde-doença, antes hegemonicamente dominado pelo paradigma hospitalar – que tem como peças-chave o exame clínico individual e o diagnóstico anatomopatológico –, incorpora de forma significativa outros componentes. Diferenciando-se da prática médica hospitalar e especializada, passa a incluir, além da doença anátomo-clínica, os hábitos pessoais do doente, suas relações familiares e comunitárias, seu perfil populacional. Esta inclusão exige a formatação de instrumentos centrais ao campo da prática médica familiar e comunitária: o modelo biopsicossocial de adoecimento, a abordagem comunitária e as ferramentas epidemiológicas de análise populacional. É a partir desses instrumentos que vai se moldar grande parte do horizonte clínico da prática médica familiar e comunitária e, por conseguinte, da MFC.

É necessário pensar esse horizonte num contexto de perda de ascendência da hegemonia do modelo hospitalar anatomopatológico, que dominou a prática clínica desde sua emergência até grande parte do século XX. Não é possível associar tal perda diretamente à atuação médica familiar e comunitária – presente há pelo menos 3 séculos – nem a uma idealização de um embate direto entre diferentes paradigmas de saúde (CARVALHO et. al, 2016).

Num sentido distinto, Armstrong (1995) indica o surgimento de um novo tipo de paradigma médico, associado ao avanço global dos serviços primários de saúde e da APS. Denomina esse paradigma de “Medicina de Vigilância e Comunidade”, entendendo-o como uma das respostas às exigências biopolíticas, cada vez maiores desde o século passado, de monitorar constantemente a população, prevenir doenças e promover saúde.

Para o autor, a Medicina de Vigilância e Comunidade reconfigura os padrões de “normalidade” e remapeia de forma radical os espaços da doença e da saúde. Faz isso ressignificando as relações entre sintoma, sinal e enfermidade no processo diagnóstico e localizando a doença fora do espaço do corpo físico. Além disso, entendendo cada doença e indivíduo como um ponto nodal de uma rede contínua de monitoramento do status de saúde da população (ARMSTRONG, 1995).

Essa rede exige a inspeção regular da população “normal”, a partir da ideia de risco. Tal inspeção é justificada a partir de uma questão latente: se há alguém realmente saudável ou se todos não estariam num estágio “pré-doente”, mensurável pelo perfil de risco e identificável por métodos de rastreamento e ações de promoção de saúde (CARVALHO et. al, 2016).

Esse novo paradigma não-hospitalar guarda relações com as reconfigurações contemporâneas do processo clínico, que exige a inclusão cada vez maior da “normalidade” e do risco. Melhor explicando: além dos doentes, a medicina – e a clínica como um todo – precisa abarcar os “pré-doentes” e os fatores de risco, ainda que sem manifestação visível, identificável, diagnosticável da doença. Além disso, exige a incorporação de dimensões antes pouco determinantes para a prática médica no âmbito hospitalar. Dentre elas, a retomada³¹ enfática da importância do paciente/pessoa/sujeito, com sua biografia, seus hábitos pessoais e suas relações familiares, comunitárias e sociais.

³¹ Retomada uma vez que enfatizar a importância de tratar “pessoas” e não “doenças” não é um processo exatamente inédito na história da medicina, conforme visto no capítulo anterior.

Nesse sentido, podemos correlacionar a emergência desse novo paradigma médico à necessidade de modelos clínicos do processo saúde-doença que rompam com a delimitação estritamente anatomopatológica da medicina hospitalar. É aí que se insere a ascensão do modelo biopsicossocial, tendo como um de seus marcos teóricos centrais a elaboração de Engel em 1977.

Crítica direta à atuação médica especializada, positivista e “desumanizada”, este modelo retoma a dimensão integral do ser humano doente e incorpora no processo saúde-doença atributos psicológicos e sociais. No entanto, não propõe uma ruptura com o arcabouço diagnóstico e terapêutico da racionalidade biomédica (ARMSTRONG, 1987).

Um dos entrevistados ilustrou a importância desse modelo, ao referir-se ao campo reflexivo sobre a APS como um todo: *“todos nós somos filhos do biopsicossocial”* (E4, p.11). De fato, ele foi determinante na criação de uma série de ferramentas da prática médica familiar e comunitária que afirmam um renorteamento do processo clínico, centrando-o nos indivíduos em sua dimensão unitária – que ora são tratados por “pacientes”, ora por “pessoas”, ora por “sujeitos”, a depender da formulação.

No campo discursivo da medicina familiar internacional e com irradiação importante para o da MFC, destacam-se as formulações do médico George Balint a partir da década de 50 no Reino Unido e o Método Clínico Centrado no Paciente ou na Pessoa³² (MCCP), proposto por Moira Stewart (2001, 2010). No campo discursivo da Saúde Coletiva e com importante influência sobre a Atenção Básica no Brasil, podemos citar, dentre outros modelos, a Clínica Ampliada, ainda que com outras influências além do modelo biopsicossocial³³ (CUNHA, 2005).

Além disso, esse paradigma não-hospitalar inevitavelmente executa procedimentos clínicos em uma população cada vez maior e “normal”. Assim, é preciso ampliar, qualificar e inserir os estudos epidemiológicos na prática médica familiar e comunitária, a fim de

³² No Brasil, a tradução da ferramenta foi intencionalmente alterada para Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART, 2010), ao invés de paciente. É possível ver parte dessa opção explicitada oficialmente pela Wonca em Van Weel (2011).

³³ Destacamos também que há diferenças entre os conceitos de Clínica Ampliada e a MCCP. Tais diferenças foram abordadas por um dos entrevistados, vinculado ao campo da Saúde Coletiva, quando afirmou que *“o problema da Medicina Centrada na Pessoa é que ela tem uma elaboração anglo-saxã, a referência de subjetividade deles é muito restrita. Eles pensam o ser humano de forma muito pouco complexa, simplificada. Então o manejo da pessoa é com o comportamentalismo, cognitivismo. Não tem conflito de interesse, não tem inconsciente, não tem ideologia que funciona em você de forma inconsciente.”* (E2, p.11). Pretendemos seguir essa discussão na investigação de doutorado.

legitimar - baseando-se em evidências científicas e utilizando o conceito do risco - a necessidade real desses procedimentos no âmbito populacional. A Prevenção Quaternária (P4), proposta inicialmente pelo médico belga Marc Jamouille, insere-se diretamente nessa questão. Em sua formulação original³⁴, anuncia como objetivo responder “de forma objetiva” à excessiva intervenção na prática clínica, tanto nas práticas diagnósticas quanto terapêuticas, definindo-se como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (JAMOUILLE, 2012).

Tanto o modelo biopsicossocial e as ferramentas clínicas inseridas na APS quanto a P4 procuram responder de forma crítica aos efeitos deletérios da prática biomédica especializada, baseada no paradigma hospitalar, fragmentado e centrado na doença. Nesse sentido, combatem diretamente um tipo específico de “medicalização”: a produzida pelas práticas médicas que não centram suas abordagens na dimensão integral e pessoal da relação médico-paciente e no uso crítico de intervenções médicas individuais sem evidência populacional e com possíveis efeitos iatrogênicos.

Quanto aos efeitos biopolíticos referentes à prática médica familiar e comunitária, suas formulações originais ora não os problematizam explicitamente, ora o fazem de forma incipiente. No entanto, são frequentemente apresentados no campo discursivo da MFC como instrumentos com importante capacidade crítica à medicalização de uma forma geral na sociedade.

Como já dito, optamos por abordar esta temática com os entrevistados, colocando-os em contato direto com a provocação de Michel Foucault sobre o acesso tardio às práticas médicas em países como o Brasil e as possíveis consequências negativas – a medicalização e, indo além, os efeitos biopolíticos – da prática médica familiar e comunitária.

Destacamos, inicialmente, algumas das respostas que atribuíram como próprio da MFC um potencial não-medicalizador - ou antimedicalizador -, especialmente pelo uso do modelo biopsicossocial. Ao criticar o positivismo dentro das práticas de médicos de família, uma das entrevistadas explicita, em sua visão, o horizonte clínico biopsicossocial da MFC como uma nova compreensão paradigmática da MFC e crítica ao modelo anatomopatológico e medicalizante. Ela afirma que

³⁴ Cientes dos múltiplos usos que o conceito vem tomando na literatura nacional (SILVA et. al, 2014; TESSER E NORMAN, 2016) e internacional (JAMOUILLE, 2015a; 2015b), inclusive assumindo formas que transcendem a sua formulação original, optamos por trabalhar com esta ao tratarmos da P4 neste texto.

Infelizmente, alguns médicos de família são bem anátomo-clínicos, positivistas, isso é quase que uma doença da modernidade, o positivismo, essa mágica... A MFC tem que contribuir para uma prática médica mais saudável³⁵, pro reconhecimento da saúde como um bem, de qualidade de vida, de potencialidade de vida, ela quer contribuir pruma recuperação da não-medicalização (...) Isso exige uma compreensão paradigmática, que vai te dar sustentabilidade científica e descortinar novas possibilidades. Por exemplo, a Mãe Canguru, os Palhaços da Alegria. A base disso não é o paradigma anátomo-clínico, mas a complexidade biopsicossocial. (E3, p.12)

Parte desse diferencial foi ressaltado por um dos membros da SBMFC, quando afirmou que os médicos de família possuiriam uma “visão privilegiada” de enxergar os riscos de medicalização da prática biomédica das outras especialidades. Para ele, esse olhar singular teria algumas lentes específicas utilizadas pela MFC: a Medicina Baseada em Evidências, a Prevenção Quaternária e, principalmente, a Abordagem Centrada na Pessoa, *“onde a gente trabalha o tempo todo com as crenças do paciente, trabalha o tempo todo com as suas preferências, numa relação médico-pessoa muito mais voltada pra negociação”* (E7, p.5).

Num sentido distinto, outro entrevistado afirmou a importância, porém questionou o uso indiscriminado da abordagem centrada na pessoa e no modelo biopsicossocial no discurso pedagógico da formação médica. Ele afirma que ao usar os conceitos arbitrariamente, *“vira o mesmo papinho do biopsicossocial da faculdade. Ah, você tem que ter uma visão “bio-psico-social” [fala espaçando as sílabas]. O que é isso exatamente? (...) Aí se confundem com falar de um jeito agradável e gentil com o paciente. Tem nada a ver.* (E2, p.18).”

Outro membro da SBMFC explicitou um dos horizontes clínicos da MFC em sua visão, afirmando que *“a Medicina Centrada na Pessoa, a Classificação Internacional de Atenção Primária e vários outros instrumentos fazem com que a gente tente filtrar ao máximo quem mais precisa da biomedicina. Esse é um dos principais objetivos da MFC”* (E5, p.3).

O mesmo ficou evidentemente irritado com a escolha de Foucault para nortear a pergunta, talvez supondo o filósofo como um defensor da anti-biomedicina e contra a categoria médica como um todo. No meio de sua resposta chegou a questionar *“se o Foucault estiver doente, ele vai procurar quem?”* (E5, p.3).

De modo geral, os médicos vinculados à SBMFC reivindicaram o MCCP e a P4 como ferramentas centrais ao horizonte clínico da MFC e combatentes diretas da medicalização. Tal

³⁵ É possível ver várias dobras do conceito de medicalização no próprio enunciado, especialmente no eixo já descrito dos “significados médicos” (ROSE, 2007), ao utilizar a palavra “doença” e “saúdável” para caracterizar o positivismo e a prática médica, inferindo a existência de formas filosóficas e médicas mais ou menos “doentes”.

posicionamento coincide com parte importante da produção acadêmica da medicina generalista, familiar e comunitária, tanto no plano nacional quanto no internacional.

No entanto, os demais entrevistados problematizaram de forma mais evidente a dimensão biopolítica da atuação da MF, não caracterizando tais ferramentas como necessariamente úteis para problematizar os efeitos biopolíticos da MFC. Um dos entrevistados, ao nem citar em sua resposta inicial à pergunta tais ferramentas, evidenciou porque não o fez, afirmando que

Discordo totalmente de que o Medicina Centrada na Pessoa ou a P4 combatam a medicalização. A Medicina Baseada na Pessoa, muitas vezes ela é método. Você tá definindo que o sujeito tem o que tem que fazer na história da Medicina Baseada em Evidências. (...) E a P4 é super História Natural da Doença. Ela já tá no quarto andar da História Natural da Doença³⁶. Além disso, ela muitas vezes reforça o corporativismo da MFC, a afirmação profissional e especializada do médico de família no mercado e do lugar dele no mundo. Eu sou necessário como especialista no mundo inteiro, porque existe a prevenção quaternária.³⁷ (E7, p.5-6)

Um deles afirmou que *“quando um médico de família prescreve hábitos de vida - não comer isso, não beber aquilo, não fumar - isso é um risco enorme de controlar e medicalizar a vida. (...) Um risco de determinar uma certa concepção de vida e uma certa concepção da medicina”* (E8, p.5).

Outro, no mesmo sentido, associou a expansão da prática médica familiar e comunitária à expansão significativa da ESF, afirmando que *“a ESF tem sido instrumento de ampliação do acesso do direito e de medicalização. Ao mesmo tempo.”* (E4, p.10) Não atribui tal medicalização exclusivamente aos médicos de família, mas à Saúde Pública como um todo, que desde o início teve como norte de suas práticas a *“formatação do comportamento, da subjetividade, do corpo, do trabalho, do que é higiene, das práticas corporais, da sexualidade”* (E4, p.10). Inclui, nesse sentido, a atuação da ESF quando *“entra na casa de todo mundo, faz educação em saúde, faz patrulha de álcool, de droga. Não é onde tem vulnerabilidade, onde você é aceito, onde negociou a entrada, onde tem um projeto de intervenção terapêutica que justifique”* (E4, p.11).

Podemos, em suma, afirmar que os efeitos biopolíticos da prática médica familiar e comunitária e dos serviços primários em saúde em geral estão presentes na formação

³⁶ Os limites da P4 ao utilizar, ainda que de maneira distinta, o modelo de prevenção clássico de Leavell e Clark foram sinalizados por Tesser e Norman (2015).

³⁷ Essa correlação entre a P4 e o corporativismo médico se insere também na já discutida afirmação corrente da MFC como “o especialista em APS”. Além disso, pode reforçar uma tendência pouco crítica em relação a ciência e uma busca de legitimar-se no seio da categoria médica.

discursiva da MFC, mas com tonalidades e enfoques distintos. Há, de forma geral, o reconhecimento da medicalização como uma problemática central no cenário atual das práticas em saúde. No entanto, entendemos que são as variadas formas de pensar esta problemática que possibilitarão elencarmos dispositivos e, acima de tudo, práticas que possam lidar com ela.

Ao identificar a medicina hospitalar e fragmentada com a medicalização e a Medicina de Família e Comunidade – e as ferramentas clínicas desenvolvidas por ela – com a não (ou menor) medicalização, produzem-se dois efeitos interligados. Dicotomiza-se de forma generalizada as duas práticas (como se representassem racionalidades e práticas médicas completamente distintas) e imputa-se um juízo de valor negativo *a priori* na prática médica hospitalar e, simultaneamente, um positivo na familiar e comunitária. Grande parte das produções da Saúde Coletiva recorrem ao mesmo caminho quando elencam a APS como um nível de atenção, em essência e de antemão, qualitativamente superior aos serviços hospitalares, por sua dimensão supostamente mais “racional”, “eficiente”, “integral”, “humanizada”.

Cabe-nos sugerir um caminho distinto: problematizarmos as práticas médicas fora de um juízo *a priori* e nos perguntarmos que afirmações de saúde e de vida compõem os horizontes dessas práticas. Para isso, além de identificar os efeitos iatrogênicos intrínsecos da racionalidade biomédica, é necessário que a formação discursiva da MFC inclua em suas formulações os efeitos *biopolíticos* de suas práticas e ferramentas clínicas.

Entendemos que é absolutamente possível uma abordagem clínica que apreenda os sujeitos de forma unitária e pessoal, incorporando atributos psicológicos e sociais, que siga os preceitos da P4 e condutas baseadas em evidências e que, ao mesmo tempo, reduza suas múltiplas formas de experienciar o mundo a um modo único de viver, ditado por normas médicas e científicas. Isso não significa que tais ferramentas pressuponham tal afirmação do poder e do controle médicos, ainda que lhe sejam inexoráveis. Será, no entanto, o sentido ético e político do uso dessas e quaisquer outras ferramentas que atravessará as diferentes práticas clínicas e possibilitará outras formas de produzir cuidado e saúde.

Para pensá-las, é essencial incluirmos nos horizontes da MFC: uma problematização dos contornos cada vez mais opacos entre os saudáveis e os doentes, incessantemente reconfigurados pelo saber médico; uma crítica às práticas médicas familiares e comunitárias de vigilância, monitorização e controle; os limites do modelo biopsicossocial e das

ferramentas dele derivadas, do conceito de risco e da Medicina Baseada em Evidências. E, enfim, pensar a formação discursiva da MFC em seu plano macrossocial, político e econômico, como uma prática de governo contemporânea cada vez mais importante na biopolítica da população.

Para isso, ou seja, a fim de inserirmos a MFC no contexto nacional, é necessário levar em consideração as particularidades da realidade brasileira. Essa “população” que os médicos de família e comunidade atendem - até agora tratada de forma indeterminada - precisa ser contextualizada e pensada em sua dinâmica histórica singular. Para depois discutirmos os horizontes políticos observados na formação discursiva da MFC.

3.3 A MFC no lugar

*“pois brasil é buraco de cárie / paiol de banguelas /
poço cego / cacimba de carência:/
viver nele é desvertebrar sôfregas verdades obsoletas /
borboletear mentiras com ofegante urgência”*

Waly Salomão

“o progresso é uma desgraça e o atraso é uma vergonha”

Roberto Schwarz - As ideias fora do lugar

Pensar a população brasileira exige imaginarmos um número imenso de mulheres e homens pobres. Nesta multidão, estão os milhões de trabalhadores ativos, mas também uma parcela significativa de desempregados e aposentados por idade e invalidez³⁸ (incluindo muitos acidentados e amputados). E, além de operários assalariados, uma quantidade vertiginosa de pessoas trabalhando na informalidade e no âmbito doméstico (IBGE, 2016).

Podemos citar algumas estatísticas recentes dessa “cacimba de carências”. Estima-se que, aproximadamente, 1 a cada 4 brasileiros seja analfabeto funcional (IPM, 2016). Isto significa que pelo menos 55 milhões de brasileiros (27% da população) não conseguem realizar tarefas simples envolvendo leituras de palavras e frases ou, no máximo, localizam informações em textos curtos.

Em 2015, o IBGE afirmou que pelo menos 15% dos domicílios brasileiros não possuía rede de abastecimento de água. Pelo menos 70 milhões de brasileiros (35% da população) não possuía tratamento ou sequer coleta de esgoto. E havia 1,6 milhão de casas no país sem banheiro ou sanitário de uso exclusivo (IBGE, 2016).

Em 2015, foram registradas 160 pessoas assassinadas por dia no Brasil, totalizando mais de 58 mil homicídios em apenas um ano. Desse número, segundo os mesmos registros, a

³⁸ Em agosto de 2016, o governo Temer iniciou um “pente-fino” na lista de quase 4 milhões de brasileiros que recebiam auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, com o objetivo de “economizar”. Disponível em <http://g1.globo.com/economia/noticia/2016/08/inss-regulamenta-exigencia-de-pericia-para-aposentado-por-invalidez.html> Acesso em 10 jan 2017.

Polícia Militar foi diariamente responsável pela morte de 9 pessoas em média, totalizando 3320 vítimas³⁹ (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

Não se trata, no entanto, de um país apenas de pobres. Há profundos e seculares índices de concentração de renda e desigualdade social. Calcula-se que uma quantidade de pessoas referente a apenas 1% da população brasileira apropriou-se, entre 2006 a 2012, de um quarto da renda total do país (MEDEIROS et. al, 2015). Esse quadro não difere da desigualdade brutal que impera no mundo. A ONG britânica Oxfam publicou recente relatório (OXFAM, 2016) onde afirma que oito pessoas sozinhas concentram a mesma riqueza que a metade mais pobre da população mundial, mais de 3 bilhões de seres humanos.

Não é possível afirmar que houve no Brasil uma conversão significativa dessa população historicamente marginalizada e violentada nem em uma maioria de trabalhadores assalariados, muito menos em “cidadãos” com acesso integral a direitos elementares como saúde, educação, moradia, cultura e justiça. Ainda que grande parte do ideário “progressista” e da esquerda brasileira tenha aspirado - e lutado de diversas formas - por essas transformações.

Parte desse ideário “progressista” chegou a supor que, após quatro séculos de uma economia colonial, escravista, patriarcal, agrícola e subdesenvolvida, poderíamos nos alçar a um patamar “moderno” e mais desenvolvido com uma industrialização e urbanização nos moldes capitalistas, especialmente a partir da segunda metade do século XX. Chegando a este patamar, poderíamos experienciar a consolidação dos direitos democráticos e da cidadania. E, de alguma forma, conhecer mais de perto um bem-estar social inspirado nos modelos de alguns países ricos, em especial europeus.

No capitalismo contemporâneo e globalizado, estas expectativas passaram inevitavelmente por uma redefinição drástica. A experiência social não se cansa de dar mostras de uma profunda conexão entre globalização e desagregação. É raro, no entanto, vermos esta relação explicitada, talvez por uma prudência política, um certo decoro científico, ou ainda pela quase ausência de críticas feitas fora de circuitos circunscritos a projetos estabelecidos de poder (SCHWARZ, 1994).

³⁹ Aqui cabe-nos no mínimo considerar a provocação de Agamben (2010) ao caracterizar o Estado de Exceção da *biopolítica* contemporânea como cada vez mais uma *tanatopolítica* e o poder soberano sobre a morte.

Analisar essa conexão exige-nos pensar o Brasil como um país moderno, mas não exatamente no sonhado formato “progressista”. Oliveira (2003) provoca-nos ao caracterizar essa visceral indeterminação da forma social do país, pensando-o como um “ornitorrinco”:

“Como é o ornitorrinco? Altamente urbanizado, pouca força de trabalho e população no campo, *dunque* [consequentemente] nenhum resíduo pré-capitalista; ao contrário, um forte *agrobusiness*. Um setor industrial da Segunda Revolução industrial completo, avançando, tatibitate, pela terceira revolução, a molecular-digital ou informática. Uma estrutura de serviços muito diversificada numa ponta, quando ligados aos estratos de altas rendas, a rigor, mais ostensivamente perdulário que sofisticado; noutra, extremamente primitivo, ligado exatamente ao consumo dos estratos pobres. Um sistema bancário ainda atrofiado (...) fraca e declinante participação da PEA [População Economicamente Ativa] rural, força de trabalho industrial que chegou ao auge na década de setenta do século passado, mas decrescente também, e explosão continuada do emprego nos serviços.” (OLIVEIRA, 2003, p. 132-133)

O autor entende a marginalização e a violência vividas por grande parte da população brasileira não como resquícios de uma pré-modernização, mas como consequências dela. Não há, nesse raciocínio, uma lógica interna e universal que associe o progresso a avanços, destacando-se nele sua face negativa: o progresso como um “*atraso renovado*”.

Aqui, nosso subdesenvolvimento não seria uma defasagem de um país incongruente e lacunar, o qual faltaria desativar os “freios” arcaicos e encaixar as partes modernas faltantes. Este “fardo sobranete” do passado não só não impediu nossa modernização, mas o engendrou. Essa dimensão atrasada foi justamente combustível para o desenvolvimento da nossa “modernidade” (BRITO, 2010).

Inclui-se, nesse passado dito “atrasado”, a economia agrícola maciçamente sustentada e pelo trabalho escravo e dependente da exportação. Em pleno século XIX, auge do liberalismo econômico e político que hegemonizou o trabalho livre e assalariado na Europa, a elite brasileira defendia publicamente a escravidão, ainda que se sonhasse modernamente europeia nas artes e costumes⁴⁰.

Schwarz (1977) observa esse paradoxo histórico do progresso na sociedade brasileira, caracterizando esse “sonho” de modernidade – magistralmente ironizada na literatura de Machado de Assis – como uma “ideia fora do lugar”, uma espécie de “oco dentro do oco”. Chama a atenção para o fato que diversas manifestações artísticas da época trouxeram à tona

⁴⁰ Não muito distante da elite brasileira atual, que inveja a suposta civilidade dos países que colonizaram nossas terras, mas não tolera a era lulopetista (2003-2015), justamente por sua modesta política de valorização do salário mínimo e seus tímidos e contraditórios avanços civilizatórios – nem por isso insignificativos – na vida dos mais pobres.

essa esquisita inadequação, quando tentaram reproduzir escolas e técnicas artísticas alheias ao desenvolvimento histórico de nossa arte e à vida real que as circundava. O autor nos sugere “raspar um pouco” os muros das casas rurais em São Paulo no meio do século XIX e observar que

“A transformação arquitetônica era superficial. Sobre as paredes de terra, erguidas por escravos, pregavam-se papéis decorativos europeus ou aplicavam-se pinturas, de forma a criar a ilusão de um ambiente novo, como os interiores das residências dos países em industrialização. Em certos exemplos, o fingimento atingia o absurdo: pintavam-se motivos arquitetônicos greco-romanos - pilastras, arquivoltas, colunatas, frisas, etc. - com perfeição de perspectiva e sombreamento, sugerindo uma ambientação neoclássica jamais realizável com as técnicas e materiais disponíveis no local. Em outros, pintavam-se janelas nas paredes, com vistas sobre ambientes do Rio de Janeiro, ou da Europa, sugerindo um exterior longínquo, certamente diverso do real, das senzalas, escravos e terreiros de serviço” (REIS FILHO, NG apud SCHWARZ, 1977, p. 20)

Tal discussão, à primeira vista talvez distante do escopo desse projeto, tem reverberações profundas na formação discursiva da MFC brasileira. Tratamos aqui das formulações sobre a APS dos países desenvolvidos, onde são frequentemente vistas relações entre o desenvolvimento econômico, a igualdade social e os níveis de saúde de uma determinada nação.

Starfield (2002), por exemplo, afirma que o estado de saúde de uma população é determinado pelas características ambientais, comportamentais e, por último, pelo “*senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade*” (p. 23). Afirma também como determinante para a saúde desse conjunto populacional suas condições sociais, incluindo os “*níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros*” (p. 23).

A pesquisadora norte-americana faz tanto aqui como em grande parte de sua obra uma crítica frontal – muito relevante, diga-se de passagem – ao formato privado e fragmentado do sistema de saúde americano. Compara este sistema especialmente com modelos universais e públicos de outros países desenvolvidos.

No entanto, a própria noção de “coesão” na realidade brasileira - marcada por índices vergonhosos aqui já descritos de desigualdade social e violência - soa-nos como uma ideia um pouco “fora do lugar”⁴¹. O mesmo ocorre, seguindo a visão da autora, ao pensar-se a saúde de

⁴¹ Mesmo a ideia de uma “coesão” em qualquer um dos países desenvolvidos implica num certo positivismo sociológico que invisibiliza os antagonismos e conflitos inerentes à produção social, especialmente no capitalismo. Aqui cabe também mais uma provocação de Schwarz (1977): “a vaga das lutas sociais na Europa

nossa população baseada em suas possibilidades de educação formal e de empregos adequados, ou a simples existência deles.

Também a adjetivação da APS (“abrangente”, “robusta”, “de qualidade”, “integral”, “resolutiva”, “universal”), bastante comum no campo discursivo da MFC, pode implicar na idealização de um “direito à saúde” que tende a se conservar ou se ampliar eternamente. Um direito que parece depender mais de arranjos técnicos, científicos e organizacionais do que da dinâmica histórica das lutas políticas.

É importante ressaltar, por exemplo, que o artigo 196 da Constituição Federal que afirma que “Saúde é direito de todos e dever do Estado” foi conquistado apenas em 1988, fruto de um caldo ascendente de mobilizações sociais e de décadas de luta pela redemocratização e pela conquista de direitos. Os pronunciamentos⁴² do atual Ministro da Saúde Ricardo Barros – “o tamanho do SUS precisa ser revisto”; “nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina” – evidenciam a fragilidade dessa concepção de história que entende qualquer um dos direitos sociais num caráter permanente e cumulativo.

Vale lembrar que o próprio direito universal à saúde em países desenvolvidos com APS vistas como “robustas” e “integrais” vem passando por uma série de ataques neoliberais (GIOVANELLA E STEGMULLER, 2014). Nesse sentido, mesmo que a formação discursiva da MFC escolha como um de seus pilares os modelos desses países, é necessário incorporar nela, no mínimo, diagnósticos contemporâneos que incluam os países ricos nessa retirada sistemática de direitos e na destruição de redes universalistas de proteção social.

Partindo dessa influência da APS internacional sobre a MFC brasileira, optamos por interrogar nossos entrevistados sobre as possíveis relações entre a medicina generalista e familiar europeia e dos sistemas de saúde universais com a realidade populacional e política brasileira. Ainda que sem apresentar essa problemática da modernização e do progresso, tentamos observar se havia correlações possíveis entre as possibilidades da atuação em APS no Brasil com esses modelos desenvolvidos.

mostrara que a universalidade disfarça antagonismos de classe. Portanto, para bem lhe reter o timbre ideológico é preciso considerar que o nosso discurso impróprio era oco também quando usado propriamente.” (p.19)

⁴² Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde - 17/05/2016 - Cotidiano - Folha de S.Paulo. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 14 jan. 2017. No dia seguinte, ministro foi obrigado a recuar da declaração, após pressão intensa da opinião pública e de diversas associações em defesa do SUS.

Fica evidente na formação discursiva da MFC uma incorporação sistemática de referenciais teóricos, protocolos clínicos e sistemas de informação de países com histórias absolutamente distintas da nossa. Além disso, grande parte desses materiais, mesmo que baseado em estudos epidemiológicos, desconsidera nossa realidade populacional e formação social. No entanto, durante as entrevistas – e em grande parte dos materiais da MFC – foram raras as críticas a uma incorporação acrítica desses referenciais para a realidade do SUS.

Citamos, a título de exemplo, um dos principais livros utilizados na prática clínica dos médicos de família no Brasil e que apresenta “condutas de APS baseadas em evidências”. Nele, são relacionados como fatores de risco populacionais para o uso de drogas, adaptando uma revisão de um psiquiatra infantil norte-americano: o fracasso ou vínculo frágil com a escola; a disponibilidade da droga; a extrema privação econômica; “morar em favela”; ter alguém na família com problema de conduta relacionado às drogas; eventos estressantes e conflitos familiares (DUNCAN, 2004, p. 1162). É difícil sequer imaginar na realidade da ESF qualquer jovem que não apresente a maior parte ou todos os itens elencados como fatores de risco pelos autores.

Além disso, a realização das entrevistas se deu em uma conjuntura conturbada no Brasil e mobilizou inevitavelmente uma série de reflexões “a quente” desse processo. Concomitante um golpe parlamentar, drásticas contra-reformas fiscais, previdenciárias e trabalhistas tomaram forma, uma a uma, nos últimos meses. Citamos, a título de exemplo, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55, aprovada pelo Senado Federal em dezembro de 2016, que congelou por vinte anos o crescimento real de gastos públicos primários – incluindo os em saúde e educação (BRASIL, 2016).

Um dos entrevistados com passagem recente pelo Ministério da Saúde, ficou extremamente provocado com a pergunta se estaríamos vivendo “um momento de acúmulo de direitos”. Respondeu: *“nós tamo f*****, ainda mais com a PEC 241 [denominada posteriormente de PEC 55] (...) congelamento da cobertura, manutenção da restrição da APS, porque ela já é restrita. E nesse contexto agora, a gente tá com a perspectiva de um retrocesso muito importante.”* (E7, p. 8)

Outro, também ex-membro do Ministério, revelou que sua opinião a respeito disso justamente pela conjuntura *“Se tu me fizesse essa pergunta, talvez seis meses atrás, eu estaria com uma expectativa melhor. Eu acho que a tendência, com esse governo e num contexto pós-golpe, na verdade é exatamente é a gente ter uma série de retrocessos.”* (E8, p. 9)

As mudanças na configuração da ESF com essas contra-reformas foram caracterizadas em uma das entrevistas: *“A tendência do retrocesso no Brasil [da APS] é ir pra pronto-atendimento. A degradação da atenção básica é uma degradação para a queixa-conduta”* (E4, p.15). Essa reconfiguração de uma prática médica na APS para um modelo degradado de urgência e emergência significa a suspensão de praticamente todos os princípios clínicos da atuação generalista e familiar.

Além disso, é interessante apontar que a relação entre o campo discursivo da MFC e esse plano macropolítico de consolidação do SUS foi criticado. Ora afirmando que os referenciais, as análises e as prescrições da MFC sobre a estruturação da APS pareciam independem do cenário político de conquistas ou derrotas do movimento sanitário. Ora situando a MFC mais próxima de uma identidade de especialidade no interior da categoria médica do que propriamente como agente política ativa de defesa da Reforma Sanitária:

“Então a MFC é mais uma especialidade nessa história. Interessa fortalecer uma ideia de porteiro [*gatekeeper*⁴³] no sistema de saúde. Aí já é um interesse dos planos de saúde, do mercado, na saúde. Talvez, pra isso, interesse ter um MFC. Agora não interessa ter um sistema público.” (E8, p.9)

No entanto, é difícil afirmar que a MFC vem distanciando-se ou de alguma forma negligenciando a arena política de construção do SUS. Os próprios entrevistados da SBMFC também não se furtaram de criticar medidas de austeridade que desfigurem a ESF e o SUS como um todo. Quando questionado sobre que papel caberia à MFC para combater essas medidas, um dos diretores da entidade afirmou de forma genérica que seria *“investir mais na APS [risos] porque a gente acredita que a APS é fundamental pra diminuir inequidade.”* (E7, p. 7)

Nesse sentido, observamos a MFC cada vez mais atuando politicamente na estruturação tecnoassistencial da APS no Brasil, atuando como um dos agentes políticos de formulação e execução de políticas de mudança na ESF. Citamos, a título de exemplo, a significativa ampliação da cobertura populacional da Atenção Básica em municípios brasileiros como o Rio de Janeiro, feita com a participação direta de atores vinculados à MFC nacional e inserindo nessa reforma a execução do maior programa de residência da especialidade no Brasil (HARZEIM, 2013).

⁴³ A atuação do MFC como “gatekeeper” da APS pode representar uma dimensão de integralidade, ao assumir a coordenação do cuidado de uma população. Também possui relação direta com uma racionalidade econômica da gestão, onde o médico cumpriria a função de regular a assistência, gerenciar o orçamento e maximizar a relação custo-efetividade. Essa regulação foi experimentada em modelos de assistência como o Managed Care nos EUA (SILVA JUNIOR et al, 2016).

Nesse e em diversos outros casos, a MFC assume explicitamente sua atuação profundamente política. Atua em cargos de gestão, posiciona-se oficialmente sobre temas relevantes via sua entidade científica (SBMFC) e publica artigos científicos discutindo caminhos para a organização do SUS.

Num desses artigos, Gusso e autores (2015) arriscam-se a propor “novas bases para o sanitarismo” no Brasil. Entendem que *“hoje, há mais informações e não se pode viver de crenças e ideologias que ficaram no passado e que paradoxalmente alimentam o perverso e o oposto.”* (p.8) Sustentam, entre outras medidas, que o artigo 196 da Constituição alude a uma discussão genérica e com uma sobrecarga de irrealidade sobre o conceito de saúde, porque *“não se pode prometer o intangível como a felicidade”* (p.10). Para os autores, o texto constitucional poderia ser reformulado para *“serviços de saúde custo efetivos são um direito da população”* (p. 10).

Retomando aqui a discussão já feita de uma dimensão supostamente científica da prática médica familiar e comunitária, vemos como esse e outros documentos dialogam diretamente com a história da Reforma Sanitária e, em vários sentidos, com a própria formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil.

É importante afirmar que as concepções de Estado e de direito à saúde e os complexos emaranhamentos entre o setor público e privado necessariamente vão compor o horizonte político da MFC. Isso aparece na fala de um dos entrevistados vinculados à SBMFC, quando afirma que para o sistema de saúde brasileiro avançar, *“as crenças do setor público, do movimento sanitarista tem que mudar. (...) Essa que é a moral da história: não importa se é público ou privado, importa que é socializado, todo mundo usa. Então essa questão precisa ser superada.”* (E5, p.5)

Entretanto, essa não é uma visão consensual dentro da própria entidade. Uma entrevistada também diretora disse que *“dentro da SBMFC tem um grupo de pessoas que... [hesita] admitem que existe um caminho mais adequado pra saúde, que não seja intermediado pela gestão pública. (...) . A impressão é que as pessoas veem milagres na relação público-privado.”* (E3, p.10)

Ainda que não seja possível realizarmos um exame detalhado sobre as distintas formas que o “público” e o “privado” se metamorfoseiam nas formas de assistência em saúde contemporâneas, é importante lembrarmos que a prática médica familiar e comunitária não está necessariamente atrelada a sua atuação em serviços públicos. Destacam-se aqui, por

exemplo, que uma série de iniciativas de consolidação da especialidade dentro do sistema de saúde suplementar nos últimos anos (SANTOS,2016; SILVA JUNIOR; SILVA;SOUZA, 2016)

Aqui, a MFC remete-se diretamente a uma áurea liberal da história do trabalho médico, ainda que não mais completamente reproduzível nos dias de hoje. Como já afirmado, o exercício da medicina tem uma profunda conexão com a constituição do Estado, mas goza de uma relativa autonomia em relação a ele. É nessa brecha que se desenha um campo de possibilidades de atuação da MFC, em sua identidade de categoria médica e de prática clínica especializada. Movimento esse que pode se situar tanto à margem da construção de um sistema público de saúde e até radicalmente antagônico às pautas históricas dos movimentos pela reforma sanitária.

Isso envolve horizontes políticos explícitos de fortalecer a especialidade no interior do sistema suplementar, tal quais inúmeras experiências já consolidadas no mundo e algumas em fase inicial no Brasil. E de ocupar espaços estratégicos de formulação de políticas públicas, prescindindo das “crenças já ultrapassadas do movimento sanitarista”. Resta saber se, dentre essas crenças supostamente do passado, encontram-se a defesa do financiamento público, a necessidade de ampliá-lo ao invés de congelá-lo, a necessidade da participação popular e dos movimentos sociais na construção do SUS, um combate à profunda desregulação do sistema suplementar e um debate sobre o caráter regressivo das políticas fiscais no Brasil.

Em suma, é possível observar uma tendência no campo discursivo da MFC de aproximar de forma pouco crítica nossa realidade populacional e história de políticas de saúde com as de países desenvolvidos. Essa tendência é diretamente influenciada por uma concepção de história que não inclui as particularidades entre a formação social de países como o Brasil. E que não engloba em seu olhar uma dimensão regressiva do desenvolvimento histórico: as consequências negativas inerentes ao progresso e a modernização.

Por isso, insistimos na necessidade de incluir-se no campo discursivo da MFC, além de um olhar mais amplo sobre as raízes de sua constituição, a dinâmica histórica de lutas por direitos sociais. Particularmente no Brasil, o SUS foi produto também de um caldo ascendente de mobilizações e da atuação política de diversos campos discursivos, dentre eles a Saúde Coletiva. Esses elementos históricos são cruciais para pensarmos as medidas que vem tentando desfigurar grande parte das tardias, modestas e contraditórias conquistas educacionais, trabalhistas e de saúde nas últimas décadas do país.

Sem essas dimensões, corremos o risco de tratar a MFC como uma prática que independe de país, que pode ser reproduzida igualmente aqui e em outras nações com histórias completamente distintas da nossa. Além disso, como um campo que possuiria um único e homogêneo arcabouço científico e técnico de práticas e um local reservado e protegido para exercê-las, inatingível por uma conjuntura política nacional e internacional de austeridade e repleta de medidas regressivas e conservadoras.

4. CONCLUSÃO

“falta de sorte / fui me corrigir / errei”

Alice Ruiz

*“eu sou poeta e sigo em frente / em linhas tortas //
eu não lido com palavras mortas”*

Ademir Assunção

Figura 2 – Unidade Cecília Donnangelo, cena da série Unidade Básica⁴⁴



Fonte: universal.globo.com/programas/unidade-basica/materias/descubra-as-curiosidades-de-unidade-basica.html

Buscamos realizar nesta pesquisa uma investigação sobre a formação discursiva da MFC, a partir de uma revisão histórica de sua emergência e de um diálogo crítico com seus horizontes clínicos e políticos. Além disso, a partir da análise do discurso de distintos atores

⁴⁴ Série do canal de TV Universal Channel que retrata a MFC e a rotina de médicos, enfermeiros e outros profissionais de uma UBS (Unidade Básica de Saúde) na periferia de São Paulo. A Unidade Básica de Saúde Cecília Donnangelo fica na Brasilândia, extremo norte da capital. É no mínimo inusitada, ainda que sempre oportuna, a presença do nome da socióloga que fez profundas críticas aos programas de Medicina Comunitária na década de 70 no Brasil, numa série sobre a prática médica familiar e comunitária.

que vem influenciando direta ou indiretamente a formatação da prática médica familiar e comunitária e da APS como um todo no Brasil.

Essa análise revelou a existência de vozes polifônicas sobre a constituição da MFC e seus horizontes, inclusive entre entrevistados dos mesmos circuitos institucionais. Isso reforça a necessidade de pensarmos a MFC não como um campo homogêneo, estável e bem delimitado, com uma histórica única. Faz-se necessário observá-la justamente a partir desses nós e tensões internas, sob influxo perpétuo de formatações e com uma identidade em constante reconfiguração.

É importante ressaltar que este texto não teve como intenção desqualificar a importância da atuação médica no âmbito familiar e comunitário. Especialmente no contexto nacional de uma Atenção Básica subfinanciada, com graves déficits estruturais e de profissionais, em especial de médicos, afirmamos a relevância e a urgência de políticas e iniciativas que centrem esforços no fortalecimento da APS como um todo. E, especificamente, na formação e na qualificação de trabalhadores para atuar nesse nível de atenção dentro do SUS.

Para além desse plano macropolítico, destacamos a importância da presença de médicos de família inseridos em equipes da ESF, produzindo cotidianamente práticas clínicas e de cuidado junto a populações historicamente marginalizadas e em contextos absolutamente desafiadores. Esses médicos e médicas – e equipes como um todo –, muitas vezes deixados à margem das formulações acadêmicas e políticas, são fundamentais para pensarmos a própria constituição da MFC e os sentidos ela pode assumir.

Além disso, vale dizer que havia várias formas de pensarmos a formação discursiva da MFC no contexto nacional. Ao investigá-la, o presente projeto trilhou apenas um desses inúmeros caminhos. Caminho que teve como um dos seus planos de fundo a Saúde Coletiva, entendida aqui também como um campo discursivo heterogêneo e com significativas tensões internas.

Outro elemento central a este percurso foi a análise das relações entre a MFC e a constituição da APS como nível primário de atenção à saúde. Esse vem sendo um espaço de enunciação privilegiado da MFC – bem como da SC – e um campo plural de práticas na organização dos serviços de saúde do Brasil. No entanto, é necessário levar em conta a cada vez maior incorporação da MFC no sistema suplementar.

Em suma, podemos afirmar que a MFC, ainda que com raízes históricas comuns ao campo da Saúde Coletiva, vem constituindo-se de forma significativa como um campo discursivo próprio, a partir de uma entidade representativa específica (a SBMFC), instrumentos científicos próprios e uma articulação crescente com o movimento internacional da medicina generalista e familiar.

Um campo discursivo que vem evidenciando ter projetos políticos para a organização dos serviços de saúde no país. Além de uma certa hesitação em afirmar-se como um campo explicitamente político, é possível observar algumas dubiedades nesse percurso, especialmente no que se refere às pautas históricas do movimento sanitário e na defesa intransigente de um sistema de saúde público, universal e antiprivatista.

Pudemos identificar a prática médica familiar e comunitária sendo diretamente atravessada por pelo menos três planos, tanto no âmbito internacional quanto no nacional. No internacional, a) o campo de enunciados da Saúde Pública; b) a história da constituição dos serviços primários em saúde e da APS como um todo e c) a consolidação do campo científico e político da medicina generalista e familiar.

No nacional, a) a formação da Saúde Coletiva, que guarda distinções do ideário histórico da Saúde Pública; b) a organização tecnoassistencial dos serviços primários em saúde no Brasil, com destaque para a ESF, mas levando em conta o mosaico de modelos formulados e executados no território nacional e, por fim, c) a constituição nacional dessa prática enquanto uma especialidade médica, com uma entidade e instrumentos de divulgação científica próprios.

Num sentido mais geral, a prática médica familiar e comunitária também precisa ser observada a partir da emergência da própria medicina e da clínica modernas. Para compreendê-las, foi necessário lançar mão de formulações que não restringissem seu escopo de análise à sistematização de condutas clínicas e à assistência médica. E que incorporassem criticamente os efeitos dos discursos e das práticas médicas, inserindo-os na dinâmica histórica da produção de nós mesmos e das lutas políticas pelo direito à saúde e por formas alternativas de pensar e experienciar a vida.

Para além de ferramentas clínicas pré-formatadas e baseadas em evidências científicas, julgamos que são sobretudo essas compreensões que produzirão os sentidos éticos e políticos das práticas clínicas dos médicos de família e comunidade e dos demais profissionais de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, T. *Mínima moralia: reflexões a partir da vida danificada*. São Paulo: Ática, 1992.
- AGAMBEN, G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. DE. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*, v. 8, n. 1, p. 61–67, 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora HUCITEC, 2007.
- ARMSTRONG, D. A medicine of the social. In: ARMSTRONG, D. *Political anatomy of the body Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: University Press, 1983. p. 32-49.
- _____. Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social Science & Medicine*, v. 25, n. 11, p. 1213–1218, 1987.
- _____. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, v. 17, n. 3, p. 393–404, 1995.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1a. ed. São Paulo, SP : Rio de Janeiro, RJ: Editora UNESP ; Editora FIOCRUZ, 2003.
- BENJAMIN, W. *O anjo da história*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- BONET, O. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro, RJ: 7Letras, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.
- _____. *Política nacional de atenção básica*. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. *Medida Provisória nº 621 de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências*. [Internet]. [acesso em 2014 Set 1]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm
- _____. *PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO nº 55, de 2016 - PEC DO TETO DOS GASTOS PÚBLICOS* - Senado Federal. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>>. Acesso em: 26 jan. 2017.
- BRITO, F. M. S. *Acumulação (democrática) de escombros*. Tese de doutorado, 223p, Escola de Serviço Social-ssUFRJ, 2010.
- BUSNELLO, E. *O projeto do Sistema de Saúde Comunitária - Unidade Sanitária Murialdo*. Porto Alegre, 1977.

_____. A Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Conferência apresentada no I Seminário Baiano de Medicina de Família e Comunidade, de 17 a 18 de Setembro de 2009. Disponível em: <gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1088/1045>. Acesso em: 9 set. 2016.

CAMPOS, G. W. DE S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

_____. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, A. L. V. DE. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.669-78, 2004.

_____. Saúde Coletiva e Promoção da saúde: Sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, S. R. et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1251–1269, dez. 2015.

CARVALHO, S. R. et al. Paradigmas médicos e Atenção Primária à Saúde: vigilância da população e/ou produção de vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 58, p. 531–535, set. 2016.

CENTOR, R. M. To Be a Great Physician, You Must Understand the Whole Story. *Medscape General Medicine*, v. 9, n. 1, p. 59–59, 2007.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington. 1964.

DEVOTO, E. La medicina comunitaria y las vias de desarrollo socio-económico. *Cuadernos de Medicina Social*. 11(3), p. 33-41, 1970.

DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

_____. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

DUNCAN, B. Medicina Ambulatorial - Conduas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências. *Artmed*, 2013.

_____. Saúde e sociedade (2ª edição) São Paulo, Duas Cidades, 1979.

ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

- ESPOSITO, R. The enigma of biopolitics. In: *Bíos: biopolitics and philosophy*. Posthumanities series. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008. p. 13–44.
- FALK, J.W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Com*; 1(1): 5-10, 2004.
- FARIA, L. A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 1011-24, set.-dez. 2005.
- FERRARA, F.A; ACEBAL, E.; PAGANINI, S.M. *Medicina de la comunidad*. 1ª ed, Inter Medica Editorial, Buenos Aires, 1972. p. 52-54.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016*, 2016. Disponível em:
<http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1963.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. O Sujeito e o Poder. In.: RABINOW, P.; DREYFUS, H. *Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1995. p. 231-249
- _____. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Loyola, 1996.
- _____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- _____. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2008.
- _____. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. *Verve*, v. 18, p. 167-194, 2010.
- FRANCO, TB; MERHY, EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p.55-124.
- FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cad. Pesqui.*, n.116, pp. 21-39, 2002.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009, vol.14, n.3, pp.783-794.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. *Atenção Primária à Saúde*. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

GIOVANELLA, L; STEGMULLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, 2014.

GRANGEIRO, C. R. P. A propósito do conceito de formação discursiva em Michel Foucault e Michel Pêcheux. *Simpósio do SEAD (Seminário de Estudos em Análise de Discurso)*, 2005. Disponível em:

<<http://anaisdosead.com.br/2SEAD/SIMPOSIOS/ClaudiaRejanePinheiroGrangeiro.pdf>>.

Acesso em: 8 ago. 2016

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

GUSSO, G. D. F. et al. Bases para um Novo Sanitarismo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 36, 30 set. 2015.

GUTIERREZ, C.; SCHEID, P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery. IN: *Primary Care Symposium*, University of California. Anais, volume 29. São Diego, Califórnia, 2002. Disponível em:

<<http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/foundationgutierrezpaper.Par.0001.File.tmp/foundation-gutierrezpaper.pdf>>. Acesso em: 3 set 2016.

HARZHEIM, E. et. al.. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2013.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IPM (Instituto Paulo Montenegro). *Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF. Estudo especial sobre alfabetismo e mundo do trabalho*. São Paulo, 2016. [Disponível em

[http://www.ipm.org.br/pt-](http://www.ipm.org.br/pt-br/programas/inaf/relatoriosinabrazil/Relatorio%20Inaf%20Brasil%2020112012/INAFEstudosEspeciais2016Letramentoemundo-dotrabalho.pdf)

[br/programas/inaf/relatoriosinabrazil/Relatorio%20Inaf%20Brasil%2020112012/INAFEstudosEspeciais2016Letramentoemundo-dotrabalho.pdf](http://www.ipm.org.br/pt-br/programas/inaf/relatoriosinabrazil/Relatorio%20Inaf%20Brasil%2020112012/INAFEstudosEspeciais2016Letramentoemundo-dotrabalho.pdf)] Acesso em 02 jan 2017.

ILLICH, I. *Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: A propósito de um desenho. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 28, n. 6, p. 398–9, 1 nov. 2012.

_____. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, v. 4, n. 2, p. 61–64, 4 fev. 2015a.

_____. Quaternary prevention: first, do not harm. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1, 24 jun. 2015b.

JEWSON, N. D. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *International Journal of Epidemiology*, v. 38, n. 3, p. 622–633, 1 jun. 2009.

LEUWENHORST GROUP. A Statement by the working party appointed by 2rd European Conference on the Teaching of General Practice, Leuwenhorst, 1974.

LOPES, J. M. C. História da medicina de família e comunidade. In: Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. p. 35–40.

MASCARENHAS, M.; ALMEIDA, C. M. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MARX, K. O Capital: crítica da economia política. Livro primeiro, Tomo 1. São Paulo: , Sergipe, Abril Cultural, 1983.

MCWHINNEY IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. Br J Gen Pract 46:433-6; 1993.

_____. A textbook of family medicine. New York:Oxford;1997.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P. H. G. F. DE; CASTRO, F. A. DE. O Topo da Distribuição de Renda no Brasil: Primeiras Estimativas com Dados Tributários e Comparação com Pesquisas Domiciliares (2006-2012). Dados, 2015.

MENDES GONÇALVES, R. B. Raízes sociais do trabalho médico. 209p. Dissertação de mestrado - Pós-Graduação em Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo. 1979.

_____. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1994.

MELLO, A. R. Medicina comunitária em Campinas e suas multiplas dimensões : um estudo de caso. 122p. Dissertação de mestrado. Pós-graduação em Ciências Sociais – UNICAMP, Campinas. 1979.

MERHY, E. E. O Capitalismo e a Saúde Pública. Papirus: São Paulo, 1987.

MILLIS J. S., WIGGINS W. S., WOLFLE D., et al. The graduate education of the physicians: the report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education. Chicago (IL): American Medical Association; 1966.

MINAYO, MSC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOORE, J. What Sir Luke Fildes' 1887 painting The Doctor can teach us about the practice of medicine today. The British Journal of General Practice, v. 58, n. 548, p. 210–213, 1 mar. 2008.

NAVA, Pedro. Baú de Ossos. 2ª Ed. RJ: José Olympio Editora. 1973.

NORONHA, JC et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária: a experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 429-443 , dec. 1977.

OLESEN F., DICKINSON J., HJORTDAHL P. General Practice-time for a new definition BMJ; 320,354-357, 2000.

OLIVEIRA, F. Crítica à razão dualista ; O ornitorrinco. 1a. ed. São Paulo, SP: Boitempo Editorial, 2003.

OLIVEIRA, V. DE A. Medicina de família e comunidade: discussões sobre uma especialidade médica. Dissertação de mestrado. 116p. Pós-Graduação em Saúde Pública: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

OLIVEIRA VG, QUEIROZ FN, ARAÚJO BP, SILVA CMM, SILVA FD. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):85-8.

ORLANDI, E. P. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 5.ed. Campinas: Pontes, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1979.

OXFAM. Uma economia para o 1%, Documento Informativo da Oxfam, 2016. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Informe%20Oxfam%20210%20-%20A%20Economia%20para%20o%20um%20por%20cento%20-%20Janeiro%202016%20-%20Relato%CC%81rio%20Completo.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2017

PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. Saúde debate, (1):9-12, 1976.

PÊCHEUX, M. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. 3. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1997.

_____. O discurso: estrutura ou acontecimento. 3. ed. Campinas, SP: Pontes, 2002.

PORTER, R. História Ilustrada da Medicina - Cambridge. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

REIS, JRF. "Viver é influenciar: Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960)". Tempo Social, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 279-304, 2015.

ROSE, N. Medicine, history and the present. In: PORTER, R.; JONES, C. (Orgs.). Reassessing Foucault. London: Routledge, 1994. p. 48-72.

_____. Beyond medicalisation. Lancet, v. 369, n. 9562, p. 700–702, 2007.

ROSEN, G. História da Saúde Pública. São Paulo: Unesp, 1994.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Apr. 2016.

SAFATLE, V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. In: O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Cosac Naify, 2015. p. 283–313.

SANTOS, MARIA SELMA DOS. Amil investe em sistema integrado de Gestão de Saúde. 22 Agosto 2016. Disponível em <http://www.segs.com.br/seguros/30444-amil-investe-em-sistema-integrado-de-gestao-de-saude.html>

SCHRAIBER, L. B. (Org.). Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHWARZ, R. Ao vencedor as batatas. São Paulo, Duas Cidades, 1977.

_____. Nunca fomos tão engajados. Jornal Folha de São Paulo, 26/6/1994. [http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/6/26/mais!/32.html acesso 10 set 2014]

SILVA, A. L. DA et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 9, n. 30, p. 371, 2014.

SILVA, C. H. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. Boletim da Saúde. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 105-115, 2002.

SILVA JÚNIOR, AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate do campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

SILVA JÚNIOR, A.G. & ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D`Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; p. 27-41, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G.; CARVALHO, L. C.; SILVA, V. M. N.; ALVES, M. G. M.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro R., Mattos R. A.. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; p. 60-90, 2006.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C. A.; NUNES, L M A O; ALVES, M.G.M.; LIMA, R.H. P. Tecnologias de gestão do cuidado em saúde: refletindo conceitos e usos contemporâneos. In: Maria Socorro de Araújo Dias; Mirna Albuquerque Frota (Organizadoras). Promoção da Saúde na integralidade do cuidado. 1 ed. Campinas : Saberes Editora, v.1, 478p. p. 250-274, 2016 .

SILVA JUNIOR, A G; SILVA, M S T; SOUZA, P G A. Análise da Produção do Cuidado em Operadoras Seleccionadas no Setor de Saúde Suplementar do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro- FAPERJ, 2016

SÓL, N. A. A. A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos. 2011. 252p. Tese de doutorado – Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, Campinas.

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

STEWART, M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ (Clinical research ed.), v. 322, n. 7284, p. 444-445, 24 fev. 2001.

_____. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2010.

STOTZ, E. N. et al. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 3 n. 1, 2005.

TEIXEIRA S M F (org). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 10, out. 2016.

TESTA M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.

TERRIS, M. Atención externa em la Unión Soviética. In: TERRIS, M. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México: Siglo Veintiuno Editores, 1982. p. 131-146.

VAN WEEL, C. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca): Person-centred medicine, primary care. Journal of Evaluation in Clinical Practice, v. 17, n. 2, p. 337-338, abr. 2011.

WONCA, THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER/FAMILY PHYSICIAN IN HEALTH CARE SYSTEMS: A STATEMENT FROM WONCA, 1991. Disponível em: <<https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2015.

_____, A definição europeia de medicina geral e familiar. Wonca Europa. OMS; 2002.

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

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

6. ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de entrevista

- 1) Para iniciar a entrevista, gostaria que se apresentasse brevemente e contasse, nessa apresentação, sua relação com a história da MFC e da APS no Brasil.
- 2) Qual a relação da MFC com a formação da Saúde Coletiva, desde a constituição da Medicina Comunitária e com a APS nos sistemas de saúde de outros países?
- 3) Foucault, em conferência proferida no Brasil em 1974, afirma que é necessário: “tentar compreender em que consistiu a “decolagem” sanitária e médica das sociedades de tipo europeu a partir do século XVIII [...] e as que, por sua situação colonial ou semicolonial, só tiveram uma relação remota ou secundária com essas estruturas médicas e agora pedem uma medicalização, à qual têm direito porque as doenças infecciosas afetam milhões de pessoas [...] em que medida isso deve ser feito para ser aplicado de forma eficaz nessas sociedades sem que produzam consequências negativas.” Uma dessas consequências negativas é a medicina enquanto estratégia biopolítica, como exercício de poder, de governo da conduta sobre a população atendida pelos médicos de família. Você considera que há esse risco? Que tipo(s) de práticas clínicas a MFC utiliza/pode utilizar para enfrentar essas consequências negativas?
- 4) Quais as possibilidades e modelos possíveis para pensarmos os aportes da Medicina Familiar “européia” e dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos com uma população pobre? Há alguma crítica possível de se fazer a essa “modernização” e “progresso” no contexto brasileiro?
- 5) Ao seu ver, quais os horizontes, desafios e limites da MFC e da clínica na APS no Brasil hoje?