

Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família

User embracement and social (de)medicalization:
a challenge for the family health teams

Charles Dalcanale Tesser¹

Paulo Poli Neto²

Gastão Wagner de Sousa Campos³

Abstract *This article discusses the relation between sheltering practice and social medicalization in the primary care. It begins with a revision about social medicalization and mentions some influences concerning the organization of the Brazilian primary care. It also indicates that the ground of receptivity proposal was provided by those influences. It argues the potentiality to accomplish the sheltering with a demedicalization and interdisciplinary action and its reverse effect, when restricted simply to emergency medic care. There are hereby suggested changes in the management and organization of routines, agendas as well as collective and individuals activities of the professionals with the intention to reduce medicalization. The conclusion favors the expansion of experimentation on sheltering as a strategy in dealing with unexpected events and with primary care spontaneous demand, always watching out for its medicalization potential.*

Key words *User embracement, Social medicalization, Family Health Program, Primary care*

Resumo *Este artigo discute a relação entre a prática do acolhimento na atenção primária (Programa/Estratégia Saúde da Família) e o processo de medicalização social. Inicia com a síntese de uma revisão sobre medicalização social e a indicação de influências históricas e conceituais sobre a organização da atenção básica brasileira, que prepararam terreno para a emergência da proposta do Acolhimento. Argumenta sobre a possibilidade de se realizar o Acolhimento numa lógica desmedicalizante e interdisciplinar e sobre a forte potencialidade inversa, quando o Acolhimento é restrito a simples pronto-atendimento médico. Sugere mudanças em rotinas, agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde, para que cada equipe possa acolher seus usuários minimizando a medicalização. Conclui a favor de experimentações do Acolhimento como estratégia para se lidar com eventos inesperados e com a demanda espontânea, sempre tomando cuidados quanto ao seu potencial medicalizador.*

Palavras-chave *Acolhimento, Medicalização social, Programa Saúde da Família, Atenção primária*

¹ Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário Trindade 88040-900 Florianópolis SC charlestesser@ccs.ufsc.br

² Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado democrática e de bem-estar, que vem ampliando o acesso ao cuidado à saúde. Uma política na contramão da tendência neoliberal hegemônica na sociedade e no Estado brasileiro¹. Com o SUS, vem ocorrendo uma progressiva expansão da cobertura da população brasileira em programas de atenção à saúde, ao mesmo tempo que se manteve a hegemonia do modelo biomédico na maioria dos programas ofertados. Isto vem acontecendo notadamente a partir da década de 90, com a expansão da rede básica estimulada pelo Programa Saúde da Família (PSF), depois Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como pela extensão de serviços de pronto-atendimento e da atenção hospitalar². Caberia perguntar o que essa expansão do acesso representa em termos de medicalização social, processo já em curso através da mídia, da cultura e do mercado.

A medicalização social é um processo socio-cultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença³⁻⁶.

O PSF, na sua criação, propunha-se a superar essa tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na Promoção à Saúde. Em alguma medida, a introdução dessa estratégia de fato produziu uma saudável tensão paradigmática entre a biomedicina e abordagens mais ampliadas⁷. No entanto, não houve uma reorganização da formação de especialistas médicos e enfermeiros em escala suficiente para sustentar esse tipo de reforma cultural. Além disso, o PSF, inicialmente, orientou as equipes a lidar centralmente com os programas de saúde, com protocolos diagnósticos e terapêuticos definidos. Observou-se, contudo, que não havia recomendações sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos serviços de atenção básica ou como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde.

Procurando responder a essas lacunas, apareceu a proposta de Acolhimento, divulgada e

recomendada no SUS por meio da Política Nacional de Humanização⁸. O Acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, a ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da APS no SUS, de ser a principal “porta de entrada” do sistema.

Entretanto, constata-se que ao reorganizar o contato dos serviços de APS com os usuários e suas demandas, a estratégia do Acolhimento tem um potencial de ativar o processo de medicalização social numa dimensão microsocial e local. Analisar a relação entre diferentes estratégias de Acolhimento e suas possibilidades de medicalização e de desmedicalização é o objetivo deste ensaio.

O campo de práticas subsidiárias da discussão é amplo: um autor foi médico generalista nove anos (dois na coordenação) em serviço básico de uma comunidade rural, que incluía um pronto-atendimento (PA) (5 mil hab.); trabalhou um ano em centro de saúde centrado em PA de outra pequena cidade paulista; três anos no PSF de uma grande cidade (1 milhão de hab.), em serviços com práticas de acolhimento distintas; e dois anos coordenando estágios de internato médico em vinte centros de saúde com PSF em cidade de médio porte (300 mil hab.). Outro autor trabalhou dois anos em uma equipe de PSF isolada em bairro rural e depois mais um ano em centro de saúde com cinco equipes de Saúde da Família. O terceiro autor foi gestor e assessor de serviços de APS nas décadas de 80 e 90 e secretário de Saúde da grande cidade mencionada, em que o Acolhimento era diretriz institucional importante. Apesar de não ter havido coleta sistemática de dados nessas experiências, da sua diversidade e análise foram extraídos pontos críticos para discussão, que não se quer exaustiva nem conclusiva.

Sobre a medicalização social

Ao revisar estudos das ciências sociais sobre o tema da medicalização, Nye⁹ demonstra como ele é compreendido de maneiras diferentes ao longo do tempo. Nos primeiros trabalhos, significava apenas a ampliação da assistência médica e de novas técnicas terapêuticas, até a sua posterior conversão a um significado mais amplo, referente à crescente incorporação de diferentes aspectos da condição humana, sejam sociais, econômicos ou existenciais sob o domínio do medicalizável; isto é, do diagnóstico médico, da terapêutica, da patologia etc. Esses estudos surgem

justamente na segunda metade do século XX, em que houve uma grande expansão da medicina, com a utilização de novos exames diagnósticos (especialmente de imagem), novas classes de medicamentos, novas técnicas e materiais cirúrgicos e novas áreas de pesquisa (genética, imunologia, virologia etc.).

De acordo com o conceito de biopolítica foucaultiano, esse processo se origina no momento em que a regulação médico-sanitária da vida é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre o Estado e indivíduos¹⁰. A medicina, para Foucault, é uma das instituições ou disciplinas, assim como a escola, o exército, os presídios, que auxiliam e constituem o Estado moderno nessa tarefa de organizar a vida coletiva e individual. Ao contrário de outros autores, Foucault defende a existência de positividade nessa relação entre o Estado e os indivíduos, em que estes não são simplesmente sufocados por uma superestrutura, mas que haveria uma produção de subjetividade que alimenta essa rede de poder. No caso da medicina, tolera-se a interferência dessa rede de saber-poder que redistribui os corpos, reorganiza o espaço, introduz reformas na vida cotidiana, porque produz positivities, resolve problemas médicos, possui certa eficácia curativa.

Foucault¹¹ afirma que a biomedicina não é resultado de uma progressão histórica linear, impulsionada por descobertas científicas, mas consequência de uma mudança na maneira de ver e de entender a clínica, em que se separa a doença do doente nas chamadas especializações da doença. Ao se organizar em torno de uma teoria das doenças e da anatomoclínica, o saber médico se abre para uma medicalização de novos espaços.

O imaginário biomédico dominante na biomedicina apresenta algumas características marcantes, centrais ao chamado paradigma biomecânico ou flexneriano: visão do corpo humano como máquina; visão das doenças como coisas concretas, que não variam em pessoas e lugares, e que surgem como defeitos das peças dessa máquina, de natureza material. As lesões materiais ou germes são as causas últimas das doenças e demandam exames que vasculham o interior do corpo para diagnóstico. O tratamento é centrado preferencialmente em medicamentos quimicamente purificados e cirurgias. O relacionamento é autoritário com os doentes (paradigma do cuidado hospitalar), que devem se submeter aos profissionais e aprender deles o saber científico, único verdadeiro para cumprimento eficaz do tratamento e prevenção^{5,12,13}.

A ação profissional nesse ambiente de ideias e valores tende a transformar toda queixa em síndrome, “transtorno” ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente. Em doenças crônicas, cada vez mais frequentes, ocorre o isolamento de fatores de risco que se destacam da vida e passam a ser considerados causas isoladas combatidas através de comportamentos “saúdáveis” prescritos do mesmo modo que drogas e cirurgias. Estas últimas, mais o fetiche dos exames complementares, são o carro-chefe da cultura medicalizada. Assim, na interpretação e na intervenção biomédicas há nítida tendência medicalizante^{3,14}.

Há certo consenso sobre o nascimento e as características da biomedicina; mas o mesmo não ocorre em relação ao binômio autonomia/heteronomia. Para Illich³, o excesso de função e de uso de uma ferramenta social-tecnológica ou o seu monopólio pode induzir ao que denominou de contraproduzitividade: uma ação paradoxal em que o resultado é o contrário do esperado: hospital que produz doença, trânsito que produz engarrafamentos. A ação médica padeceria desse mal. Ao causar uma iatrogênese social e cultural, além da iatrogenia clínica individual, as pessoas são transformadas em consumidores vorazes de mais e mais cuidado e de tecnologias especializadas e tornam-se dependentes. Isso diminuiria a autonomia e a capacidade de agir sobre a vida e sobre o meio para manter, resgatar e ou ampliar a saúde e a liberdade – vistas como coeficiente de liberdade vivida e capacidade de instituir normas vitais, seguindo Canguilhem¹⁵. Na visão de Illich³, a saúde pode, ao contrário do que parece, estar decaindo, já que a capacidade de ação das pessoas sobre sua própria vida, ambiente e saúde, sobre suas vivências e sofrimentos cotidianos, poderia estar diminuindo.

Para Freidson¹⁶, que estuda o processo de medicalização como um exemplo da profissionalização, a medicina moderna é essencialmente heteronômica. O autor ocupa-se de percorrer o caminho que levou a medicina de uma ocupação a uma profissão, quando, por virtude de sua posição autoritária na sociedade, vem a criar a substância do seu próprio trabalho. A partir do momento em que se tornam oficiais, as profissões definem os objetos de seu trabalho, abrindo espaço para que interesses corporativos interfiram nesse processo. Além disso, a determinação de profissões “oficiais” impede que outras ocupações deem-se a chance da exposição empírica, da experimentação do erro e do acerto, da sua aplicação em grande número de casos ou pessoas.

Mas há autores com visão mais otimista em relação a esse processo, que avaliam não haver uma aceitação passiva por parte da população, identificando até formas de contestação do poder das instituições. Williams e Calnan¹⁷ lançam mão das formulações teóricas de Giddens para se contraporem ao pessimismo da década de 1960. Eles identificam a existência de maior reflexividade social na modernidade tardia, o que significaria uma suscetibilidade maior a vários aspectos da atividade social em razão de novas informações e conhecimentos: a medicina torna-se uma empresa cada vez mais reflexiva em termos de sua base de conhecimento, sua organização social e a natureza da prática médica diária.

Segundo os autores, há espaço de crítica à medicina moderna e a mídia tem um papel crucial de desmistificação da ciência e da tecnologia¹⁷. Haveria um empoderamento da população, já que as pessoas estão mais conscientes das fragilidades das corporações. A população, munida de maior acesso à informação através da Internet ou de outros meios de comunicação, poderia estar mais consciente dos custos, benefícios e malefícios da medicalização de suas vidas¹⁸.

Nos seus escritos tardios, Illich¹⁹ identifica haver, de fato, uma desmedicalização, entretanto a medicina estaria perdendo espaço para outras áreas – estética, moda, educação física, saúde pública – que difundem uma concepção doentia de cuidado com o corpo e da busca da saúde perfeita. Nos seus últimos trabalhos, Illich considera que o fato de as pessoas hoje buscarem mais informações sobre saúde e haver maior preocupação com a própria saúde representaria outra forma grave de iatrogenia⁴.

A medicina cedeu espaço para outras áreas porque surgiu outra concepção sobre o corpo – a corpolatria – que vai resultar na busca patogênica pela saúde¹⁹. O maior acesso às informações sobre doenças e hábitos saudáveis que poderia representar um empoderamento da população diante da corporação médica representaria apenas o efeito de um tempo em que todas as atividades humanas são maciçamente relacionadas à saúde e há uma neurose coletiva em busca da saúde perfeita, chamada de “higiomania” por Nogueira²⁰. Freidson¹⁶, em releitura posterior de seu próprio trabalho, também considera ter havido nos últimos anos uma diminuição da autonomia técnica do profissional médico, mas que a profissão como um todo jamais teve o poder que detém hoje.

É importante ressaltar que apesar da ênfase na profissão médica, a medicalização não se res-

tringe a ela, mas ao processo presente em todas as áreas da saúde de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas ante a complexidade dos problemas.

No entanto, outra característica mais recente de nossa sociedade é a expansão da ênfase biomédica nos riscos, notadamente após a possibilidade exemplar de seu “tratamento” via quimioterapia (vejam-se as estatinas), o que parece estar gerando uma medicalização importante não só do presente, mas também do futuro, acentuada ainda mais pelas promessas alardeadas pela genética. Isso faz pensar que, no geral, a medicalização mantém-se firme e progressiva, a sociedade (do risco) está cada vez mais dependente de informações e tecnologias médicas, ao mesmo tempo que os indivíduos são instados a responsabilizar-se em relação a sua própria saúde²¹.

Concepções que influenciaram a Atenção Primária brasileira e o Acolhimento

A organização dos primeiros Centros de Saúde no Brasil, durante a primeira metade do século XX, e sua posterior expansão até os anos 80 foi influenciada pela concepção norte-americana de Saúde Pública, segundo a qual o cuidado em saúde comporia dois grandes sistemas: um de assistência clínica – hospitais, serviços de urgência, consultórios etc. – e outro de Saúde Pública (vigilância). Os Centros de Saúde seriam um dos operadores do setor de Saúde Pública. Eram organizados em programas preventivos e de controles de doença: puericultura, pré-natal, tuberculose e outros problemas de relevância coletiva. Segundo essa tradição, a APS é vista como espaço para a prevenção à saúde, não para o exercício da clínica.

Posteriormente, com o surgimento da Saúde Coletiva no Brasil e da Promoção da Saúde no Canadá, reforçou-se essa tendência. O PSF, criado em 1994, foi bastante influenciado por essa perspectiva, destacando-se as diretrizes da intersectorialidade, de intervenção no território, a abordagem da família ou de coletivos, que persistem até hoje²². Note-se que a abordagem clínica individual era justificada por programas de saúde, com temas sanitários considerados relevantes pela epidemiologia.

A introdução da lógica epidemiológica no contexto da organização do dia a dia, proposta pela “programação em saúde”²³ e pela “Vigilância à

Saúde”²⁴, tampouco facilitou o acesso aos usuários. Tal lógica, introduzindo critérios epidemiológicos para priorização de ações de vigilância, prevenção, tratamento e controle de doenças, criando grupos prioritários, reservas de vaga e direcionamentos de agenda, acabou convergindo para a desvalorização da demanda espontânea, o que tendeu a reforçar a rigidez das agendas na prática, ainda quando isso não fosse buscado.

Outra concepção que tem influenciado, concretamente, a APS no Brasil é a estratégia de garantir-se acesso ao SUS mediante a multiplicação de serviços de PA. Pouco teorizada e investigada, esta alternativa tem presença em municípios e junto a autoridades do Poder Executivo, já que prioriza o acesso sobre a qualidade e oferece um serviço de gestão mais simples do que a equipe interdisciplinar do PSF. Ao contrário da tradição anterior, não valoriza programas, responsabilidade por território, seguimento de casos, ações educativas ou comunitárias. Vários municípios brasileiros, na prática, adotaram esse estilo de organização, que utiliza o pronto-socorro de hospitais e prontos-atendimentos isolados como modelo de APS. As consequências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, baixa autonomia dos usuários, ineficácia ante doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos²⁵.

Apesar da correção do olhar crítico da Saúde Coletiva para com a clínica biomédica, já há tempos Campos²⁶ e Merhy²⁷ advertiam que o saber epidemiológico não deve ser tomado como único potente para definição de necessidades, prioridades e problemas de saúde. Deve ser articulado com as necessidades sentidas, expressas em demanda cotidiana aos serviços de saúde e por meio da participação social na gestão do SUS (Conselhos de Saúde)^{8,28-30}.

Há, entretanto, uma terceira forma para se conceber a APS originária dos países que implantaram sistemas nacionais de saúde, particularmente na Europa. Neste caso, a APS é vista como porta de entrada de um sistema integrado em rede de atenção ambulatorial, hospitalar etc. Nessa tradição, valoriza-se a capacidade clínica para resolver problemas de saúde³¹.

Vale ainda considerar que os serviços públicos brasileiros de APS não superaram o padrão dominante em que a organização estatal em geral e a instituição médica tendem a produzir uma relação ritualizada, enrijecida e burocratizada com os usuários. Nesse enquadramento a atividade

profissional costuma resumir-se a programas, protocolos e procedimentos padrão, como “consulta”, por exemplo. O modelo típico de serviços públicos de APS no Brasil pode ser descrito como de uma “repartição” ou “ambulatório” em que o usuário chega como a uma prefeitura ou outro órgão público: há horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos (receptionistas ou similares) fazem uma “recepção”. Há um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem (além de outros serviços como vacinações, curativos etc.). O número de vagas na agenda é limitado e elas são preenchidas por ordem de chegada, em geral. Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado. Uma mistura de lógica de consultório médico privado dentro de/e sinérgica com uma repartição pública.

Foi a partir da crítica a essa situação e buscando superá-la que se construiu a proposta do Acolhimento no seu aspecto institucional, almejando dar viabilidade organizacional à missão ética e à ambição política de concretizar a universalidade e equidade na interação dos serviços com os usuários. Em vez de serviços apenas centrados em agendas e procedimentos (consultas) ou em ações programadas para agravos e doenças epidemiologicamente relevantes, serviços estruturados para trabalhar a partir de problemas reais dos usuários sob sua responsabilidade personalizada, sem deixar de fazer ações programadas e vigilância.

Acolhimento e organização do trabalho nas equipes de saúde da família

O Acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características. Assim, ele envolve, supõe e estimula um sentido ético individual e coletivo³², assumido como fundamental para orientar a postura do profissional. Mas envolve também questões de organização e prática do trabalho, tópico focado aqui na sua relação com a medicalização social.

O Acolhimento é uma proposta voltada para melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Neste caso, concretiza-se no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com os profissionais de saúde, em que há uma escuta, um processamento de sua demanda e a busca de resolução, se possível.

O Acolhimento está baseado também em um direito constitucional dos indivíduos que é o direito de acesso aos serviços de saúde. Como a APS é a porta de entrada desse sistema, é necessária uma estratégia que permita um fluxo facilitado das pessoas. Além disso, uma das características para a efetividade e o sucesso da APS é o fácil acesso³³, motivo que torna crucial o desenvolvimento de arranjos institucionais e práticas profissionais facilitadores desse acesso.

A proposta de Acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem simplesmente maior acesso à consulta médica, mas propõe-se a servir de elo entre necessidades dos usuários e várias possibilidades de cuidado. Nesse sentido, foi original e inovadora. No Acolhimento foram incluídos vários profissionais³⁴. A ideia seria retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis (que não somente as biomédicas) para os adoecimentos e demandas.

Pode-se considerar que estão envolvidas na proposta do Acolhimento “duas pernas” fundamentais: uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com a clientela; e outra de gestão e de modelo assistencial, que visa reformular a tradição burocrática e rígida ao melhorar o acesso e o cardápio de ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, facilitar o cuidado interdisciplinar. São necessárias estas “duas pernas” andando juntas harmoniosamente para viabilizar e concretizar o Acolhimento.

Isso pressupõe uma nova cultura de trabalho, bem como novas formas de organizar e gerir esse trabalho. A equipe de referência (equipe de saúde da família) assume a responsabilidade de acolher os usuários nas suas demandas, ouvi-los, negociar com eles e tentar resolver seus problemas da melhor e mais rápida forma possível. Para tanto, um profissional (técnico ou auxiliar de enfermagem, geralmente) precisa estar à disposição para realizar o primeiro acolhimento, que por sua vez substitui e torna dispensável a recepção como guichê burocrático³⁵.

O contato não programado do usuário passa a se dar com um profissional (e não com um

repcionista), que realizará a missão difícil de, simultaneamente, acolher e escutar de forma qualificada e individualizada; fazer uma avaliação de riscos e vulnerabilidades biológicas, epidemiológicas e psicossociais; rediscutir e processar essa demanda juntamente com o usuário, tentando localizar qual é ou quais são os problemas; acionar outros membros da equipe responsável pelo cuidado daquele paciente para, conjuntamente, se necessário, resolver ou dar seguimento aos cuidados possíveis. Isso requer uma prática profissional com importante grau de comunicação, interpretação e negociação interdisciplinar e com os usuários, estimulando o vínculo, acalmando ansiedades e buscando soluções.

Obviamente, há que compatibilizar agendas de médicos e enfermeiras para essa demanda de Acolhimento, pois eles são requisitados para supervisionar tal avaliação, negociação e prosseguimento do cuidado. Tal proposta depende de uma abertura dos profissionais para um compartilhamento de responsabilidades e decisões, respeitados os “núcleos de competência”³⁶ de cada profissão, mas flexibilizando os rituais típicos de consultas e procedimentos, de decisão clínica e de avaliação de risco/vulnerabilidade. Quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas as pessoas, quanto mais aberto e acessível o serviço a todos os tipos de demanda, maior a possibilidade de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o Acolhimento e garantir o acesso. O que não significa perder de vista grupos prioritários, fazer busca ativa, vigilância e promoção da saúde.

O funcionamento do Acolhimento cria a necessidade de ampliar a oferta de serviços e de cuidados na APS: se só se dispõe de consultas de médicos e enfermeiros, só se poderá oferecer isso aos usuários e nunca haverá o suficiente. Mas é possível e desejável a oferta e invenção de outros rituais de encontro, outros *settings* terapêuticos, individuais e coletivos. Tal diversificação dos serviços é necessária e deve haver um estímulo institucional para sua construção. Outra necessidade é um processo constante de educação permanente e capacitação clínica para os profissionais não médicos, que comumente não exercitam sua clínica com tamanha responsabilidade e participação na avaliação e decisão de cuidados.

Uma mudança fundamental envolvida nas propostas de Acolhimento é que para organizar

de forma sustentável um serviço com Acolhimento, que faça ações programadas e atividades coletivas, são necessárias modalidades de gestão participativa. É a própria equipe que pode avaliar e decidir responsabilmente quais as ações a serem ofertadas à população, e para isso é necessária a construção de uma cultura e um espaço próprios para a organização do trabalho cotidiano, de forma democrática, fazendo cogestão entre as demandas e diretrizes institucionais³⁷. A forma organizacional recomendada para isso é uma reunião semanal da equipe de referência para discutir, avaliar e gerir o trabalho, a rotina de agendamento, acolhimento, visitas domiciliares, grupos, elaboração e avaliação de projetos terapêuticos individuais de casos complexos, problemas sanitários e sociais coletivos, demandas epidemiológicas etc., da qual participam todos os membros da equipe de saúde da família.

Observa-se que a abertura das equipes à presença da demanda costuma produzir angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional. Isso deve ser considerado, e a gestão local deve buscar formas de proteção para a equipe, de modo a permitir que prossiga lidando com a demanda e com a realidade sofrida da população brasileira. Apoio humano, emocional e institucional para a equipe é necessário, assim como facilitar a construção de clima de equipe, de coresponsabilização e de parceria entre os profissionais; e sua educação permanente. Além disso, outro importante esquema de proteção dos profissionais é a responsabilização limitada. Recomenda-se que o Acolhimento e a responsabilização devam ser personalizados e referentes à coorte de pacientes adscrita a cada equipe. Assim, o Acolhimento tende a lidar com pessoas conhecidas com problemas conhecidos, ainda que complexos. Este fator tende a diminuir o estresse da avaliação de risco/vulnerabilidade e a facilitar a coresponsabilização entre equipe e usuários. Pacientes de outras áreas de abrangência aparecerão, mas serão avaliados e devolvidos para suas equipes de referência.

Desnecessário dizer que a participação popular na gestão do serviço, através dos Conselhos de Saúde, pode ser de grande relevância na negociação dos termos e limites do Acolhimento, que costumeiramente envolve fatores tanto internos ao serviço quanto político-institucionais que transcendem a equipe de saúde da família, como contratação de profissionais, espaço físico, horários etc.

Acolhimento e desmedicalização: uma estratégia possível

A pressão da demanda espontânea tende, em geral, a acabar em atendimento médico. Os usuários assim o desejam, muita vez os técnicos e enfermeiras não têm alternativa, afinal é do médico a maior responsabilidade de diagnose e terapêutica. O “núcleo de competência” clínica do médico é mais amplo do que o de outros profissionais de saúde. No entanto, a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do “campo de competência” de todos os profissionais.

Se a atividade profissional utiliza-se desses “núcleos de competência” para justificar a burocratização, se há pactos perversos que alimentam o não cuidado, se não há espírito de equipe e de trabalho multiprofissional, o Acolhimento tende a transformar-se em PA. Nesse caso, a medicalização tende a avançar e se difundir.

O apoio gerencial e a existência de profissionais em número suficiente são necessários e essenciais para possibilitar um contexto que facilite o Acolhimento, ainda que esta suficiência não garanta qualidade “desmedicalizadora”. Trata-se de uma construção e um aprendizado difícil, que pode ser facilitado e até induzido, mas depende dos profissionais. A habilidade clínica é um fator importante, mas o trabalho conjunto em equipe, a construção de projetos terapêuticos e avaliações de riscos/vulnerabilidades individuais e coletivas e a própria discussão do problema da medicalização podem ajudar muito. Há que se trabalhar continuamente com os profissionais para “desmedicalizar” a atenção à saúde.

Durante o Acolhimento na APS seria possível uma prática voltada para a desmedicalização? Boa parte da demanda não programada é caracterizada por problemas de saúde medicalizados, que chegam aos serviços de saúde em consequência da mídia, da cultura do consumismo, do medo e da insegurança. A experiência com o Acolhimento mostra que essa influência é grande na demanda do usuário. Mostra ainda que o espaço do acolhimento pode ser mais ou menos medicalizante na medida em que trabalha a sensibilidade do usuário e do profissional não médico em relação ao problema, em vez de usar esse momento para apenas fornecer a tecnologia médica.

Na prática da APS, muito próxima da vida cotidiana da comunidade, é difícil enquadrar muitos dos problemas trazidos pelos usuários em classificações diagnósticas precisas, o que facilita a desmedicalização. Se o médico tem uma

tendência geral a medicalizar os problemas trazidos, alguns profissionais, por maior contato com o contexto de vida dos usuários (principalmente Agente Comunitário de Saúde e técnicos de enfermagem), têm um potencial maior para uma abordagem ampliada desses problemas, trazendo elementos da vida familiar e social, em alguma medida favorecendo a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, ao relativizar a abordagem biologicista.

Além disso, o médico pode funcionar como ator desmedicalizante e contribuir para ampliar a abordagem, já que tem maior legitimidade para criticar o consumismo e a informação da mídia, acalmar ansiedades e apoiar iniciativas desmedicalizantes, reforçando a autoestima e o respeito interprofissional, o espírito de equipe e o vínculo do paciente com os outros membros da equipe. Por isso, a forma singular como as equipes trabalham o Acolhimento é fundamental para definir o grau de medicalização do Acolhimento. O cuidado continuado e a responsabilização pelo acompanhamento dos pacientes, que implica conhecê-los progressivamente, seu contexto e dinâmica psicossocial, econômica e cultural, são um poderoso mecanismo para o aprendizado de uma clínica desmedicalizante. Perceber a relação entre medicalização, o retorno repetido excessivo e a iatrogenia facilita a crítica à clínica centrada na doença e o aprendizado cotidiano sobre desmedicalização.

Isso sugere fortemente a realização do Acolhimento por área de abrangência, ou seja, que cada equipe acolha os usuários pelos quais é responsável. Discutir os casos conjuntamente em vez de simplesmente basear-se em protocolos e fluxogramas também facilita uma abordagem ampliada dos problemas. Já o inverso tende a ocorrer nas práticas que utilizam demasiadamente os fluxogramas e protocolos rígidos. O encaminhamento excessivo para outros profissionais, que começam todo o cuidado de novo, tende ao reforço da lógica hegemônica e à fragmentação do cuidado.

Quando as narrativas dos usuários são monopolizadas pelo médico, mesmo que ele exerça uma clínica ampliada, somente ele perceberá com o tempo as fortalezas e as fragilidades do modelo biomédico e as brechas que poderiam ser preenchidas ou expandidas por outros profissionais ou abordagens. Todavia, mesmo com todos esses cuidados, há uma tendência permanente e persistente do Acolhimento em centralizar-se no médi-

co, até pelo poder de seu núcleo de competências e pela sua grande demanda numa sociedade já relativamente muito medicalizada. Por isso, os espaços de reunião da equipe devem ser utilizados para corrigir rumos e discutir dificuldades.

Além disso, o ambiente da APS permite o contato com a cultura popular e técnicas e curadores não científicos, muitos dos quais podem proporcionar interpretações e cuidados de baixo risco, culturalmente adequados, acessíveis e por vezes surpreendentemente eficazes. Basta lembrarmos da “eficácia simbólica” descrita por Lévy-Strauss³⁸, cuja tradução biomédica restringiu-se ao reconhecimento do “efeito placebo”, o qual, no entanto, não gerou *know-how* sobre como o médico aumentar, utilizar ou induzir tal efeito nos pacientes.

Por último, vale comentar o Acolhimento realizado em unidades de saúde que congregam muitas equipes de saúde da família. Não raramente ocorre aí a organização de um Acolhimento único, que atende a pacientes de todas as áreas de abrangência por meio de um revezamento de profissionais das equipes ali sediadas. Na prática, esse acolhimento fica voltado para demandas agudas e mantém as equipes no cuidado continuado. Observamos neste desenho a mesma tendência medicalizante do PA, já que se criam como que dois serviços, com lógicas distintas, na mesma unidade: um voltado para a doença, as intercorrências e o sintoma e, assim, mais medicalizante; outro que realiza ações programáticas, promoção e educação à saúde para uma parte da população usuária. A vantagem desse modelo em relação ao serviço de emergência exclusivo é que ele pode abrir rapidamente ao usuário as portas da sua equipe se é necessário um seguimento para seu caso.

Diferentemente, observamos que o Acolhimento realizado pela própria equipe de referência permite transformá-lo, com o tempo, em mais um momento de cuidado, com possibilidade de se integrar ao relacionamento equipe-usuário. Em razão da nossa experiência, recomendamos, em geral, que as equipes de saúde da família trabalhem em um duplo registro, com atividades de pronta atenção e de cuidado continuado e programado^{26,28,35}.

Reconhecemos a necessidade de se lidar com a demanda espontânea e com o inesperado na APS, e que a expansão das experiências de Acolhimento tem se demonstrado eficaz nesse particular. Sugerimos, contudo, reflexão continuada sobre a relação entre Acolhimento e medicalização.

Colaboradores

CD Tesser foi o responsável pela concepção e redação inicial do artigo e participou, juntamente com PP Neto e GWS Campos, das sucessivas ampliações, reduções, revisões críticas, formatação e redação final.

Referências

1. Vasconcelos CM. *Paradoxos da mudança no SUS* [tese]. Campinas: Unicamp; 2005. [acessado 2010 out 22]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000351668>.
2. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):301-307.
3. Illich I. *A expropriação da saúde: gênese da medicina*. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.
4. Nogueira RP. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare Editora; 2003.
5. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(19):61-76.
6. Poli Neto P. *A medicalização da beleza* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. [acessado 2010 out 22]. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PSPB0122.pdf>
7. Andrade LOM, Bueno ICC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman, M, Drummond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 783-832.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acessado 2010 out 22] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf
9. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences* 2003; 39(2):115-129.
10. Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. vol. 1. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
11. Foucault M. *O nascimento da clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
12. Camargo Jr. KR. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
13. Tesser CD. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização* [dissertação]. Campinas: Unicamp; 1999. [acessado 2010 out 22] Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000199171>
14. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(20):347-362.
15. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.
16. Freidson E. *Profession of medicine: a study of the Sociology of applied knowledge*. 2ª ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
17. Williams SJ, Calnan M. The “limits” of medicalization?: modern Medicine and the lay populace in “late” modernity. *Social Science and Medicine* 1996; 42(12):1609-1620.
18. Moynihan R, Smith R. Too much Medicine? *British Medical Journal* 2002; 324(7342):859-860.

19. Illich I. Un facteur pathogène prédominant: l'obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique* 1999; 28 mar. [acessado 2010 out 22] Disponível em: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.html#nh5>
20. Nogueira RP. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EV. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 63-72.
21. Castiel LD, Diaz CAD. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acessado 2010 out 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
23. Schraiber LB, organizador. *Programação em saúde hoje*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1990.
24. Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec; 1993.
25. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
26. Campos GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec; 1991.
27. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.
28. Campos GWS, Merhy EE, Nunes E. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec; 1989.
29. Novaes HN. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS*. São Paulo: Biblioteca Pioneira; 1992.
30. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LC, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p.117-160.
31. Green A, Duncan R, Mirzoev T. Primary Health Care and England: the coming of age of Alma Ata? *Journal Health Policy* 2006; 80(1):11-31.
32. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
33. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
34. Guardini R. Ética do Acolhimento. *Revista THOT* 2002; 77:63-69.
35. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
36. Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saber e prática. *Cien Saude Colet* 2002; 5(2):219-230.
37. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. Campinas: Hucitec; 2000.
38. Lévi-Strauss C. *O pensamento selvagem*. 2ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1976.

Artigo apresentado em 26/10/2007

Aprovado em 27/06/2008

Versão final apresentada em 06/08/2008