

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Uma etnografia sobre as percepções dos profissionais de saúde a respeito dos problemas de pressão na atenção básica da Guariroba (Ceilândia/DF)

Paulo Roberto Rabelo Coutinho

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos à obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia.

Brasília, julho de 2015

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

Uma etnografia sobre as percepções dos profissionais de saúde a respeito dos problemas de pressão na atenção básica da Guariroba (Ceilândia/DF)

Paulo Roberto Rabelo Coutinho

Profa. Dra. Soraya Fleischer - Presidente da banca. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.

Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez. Membro da banca. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a minha família, meus antepassados e aos meus pais pela oportunidade de estar aqui e ter conseguido me graduar neste curso. Agradeço também a minha orientadora, que foi essencial no aprendizado como pesquisador, por sua dedicação e conselhos ao longo desta etnografia. Aos colegas da equipe de pesquisa – Mayara Albuquerque, Ana Clara e Fabiana de Oliveira, pelos bons momentos em campo na Guariroba e pela ajuda na escrita.

Aos meus amigos que me ouviram falar muito sobre essa monografia e que de alguma forma contribuíram para o meu êxito nesse tão importante ritual de passagem. Mirela Borges, Camila Varela, Fernanda Oliveira, Juliana Reis, Marina Salgado, Rafaela Batista, Lana Beatriz, Ana Rosa, Sorhaya Ferreira, Sofia Scartezini, André de Locke, Lamarck Bessa, Henrique Romanó, Isadora Abreu, Júlia Capdeville e vários outros que me acompanharam nesta trajetória ao longo do curso de Antropologia.

Aos irmãos de trabalho espiritual, Carla Costa, Ciana, Cris, Raimundo Costa, Ludmey Matos, Francisca, Ana Paula, Diogo Henrique, Suzzie Valadares e a todos que fazem parte da Fraternidade Universalista da Divina Luz Crística, que sempre me deram forças em relação à escrita da monografia e que me auxiliaram a não largar os trabalhos espirituais de reforma íntima e ajuda ao próximo ao decorrer da escrita deste presente trabalho. A Irmandade Esperança e Consolação São Francisco de Assis, especialmente pai Lula e mãe Tina que me ajudam a cada dia em meu equilíbrio e me incentivam no caminho da caridade.

RESUMO

Esta etnografia buscou por meio da observação participante entender melhor como se dá a convivência das pessoas que convivem com os problemas de pressão em um Centro de Saúde na Guariroba (Ceilândia/DF). Desde o momento em que se dirigiam a sala de acolhimento para aferir seus níveis pressóricos até o momento das consultas de rotina semestrais, assim procurei entender como a relação entre médico/a e estas pessoas acontecia. Tal estudo visou entender a visão do/as médico/as sobre os problemas de pressão, tendo em vista que já há muitos estudos que abrangem a visão das pessoas que convivem com a pressão alta. Busquei entender como se dava o “ritual” das consultas de rotina e como o encontro clínico acontecia. O enfoque desta pesquisa é em Antropologia da Saúde.

Palavras Chaves: “pressão alta”, hipertensão, Ceilândia/DF, relação médico-paciente, Antropologia da Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. A escolha do tema.....	7
2. Apresentação da pesquisa.....	11
3. Localizando a pesquisa	13
3.1 O surgimento da Ceilândia.....	13
3.2 Atenção básica e a Ceilândia	16
3.3 O Centro de Saúde.....	17
4. Considerações éticas da pesquisa.....	22
5. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, sentir e escrever	23
6. Da disposição dos capítulos.....	27
CAPÍTULO 1: O nascimento da clínica, os rituais do HIPERDIA e da consulta médica	28
1. O nascimento da clínica.....	28
1.2 A formação acadêmica do médico e seu ritual iniciático.....	34
1.3 Rituais do HIPERDIA.....	36
a) HIPERDIA em 2011.....	38
b) HIPERDIA em 2014.....	39
2. O ritual do encontro clínico no Centro de Saúde.....	40
2.1 Ritual da consulta de primeira vez.....	43
2.2 Ritual da consulta de rotina.....	45
2.3 Ritual da consulta de rotina sem internet no Centro de Saúde.....	49
2.4 Diferenças nas consultas do médico e da médica	51
CAPÍTULO 2: Uma tipologia das pessoas que convivem com problemas de pressão a partir do encontro clínico	54
1. A “teoria da cadeira de três pernas”.....	56
2. Tipologia de pessoas que convivem com problemas de pressão.....	57
CAPÍTULO 3: As relações de troca no encontro clínico	65
1. A dádiva.....	65
2. A dádiva e os consultórios: dar, receber e retribuir.....	67
3. O ciclo de dádivas e o Tipo 1.....	69
3.1 O ciclo de dádivas e os Tipos 2 e 3.....	70
4. Considerações Finais.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

INTRODUÇÃO

1. A escolha do tema

A escolha da minha atual área de estudo em que esta etnografia se insere - Antropologia da Saúde - tem fortes influências da minha biografia. Em 2013 participei da disciplina de Antropologia da Saúde e tive oportunidade de pesquisar as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Em 2014 comecei um projeto no Programa de Iniciação Científica (ProIC) relacionado aos problemas de pressão. Ambas as pesquisas me ajudaram a conhecer como é conviver com uma doença que, de acordo com a biomedicina, não tem cura, as chamadas doenças de longa duração.

Utilizo o termo doenças de longa duração ao invés do termo doenças crônicas, baseando-me na reflexão de Canesqui (2013). A autora em seu artigo demonstra que tais doenças têm uma especificidade que as diferencia de outros tipos de doenças. A experiência com as enfermidades de longa duração impõe aos adoecidos um prolongado convívio com ela e demanda encontros frequentes com os médicos e profissionais de saúde.

Tais pesquisas têm forte influência com o que vivi com meu pai adoecido em casa, durante cinco anos ele conviveu com uma doença de longa duração chamada Esclerose Lateral Amiotrófica¹. Conviver com uma doença de longa duração não é tarefa fácil, pude perceber isso no cuidado diário com meu pai, a pessoa convive com a doença até o dia de sua morte, no caso específico do meu pai, no ano de 2011.

Bury (2011) elucida que após a descoberta da doença crônica ocorre uma “ruptura biográfica”, uma nova condição de vida começa a partir do diagnóstico da doença. A doença crônica é um tipo de experiência disruptiva, as estruturas da vida cotidiana e as formas de conhecimento que as sustentam se rompem.

¹ A Esclerose Lateral Amiotrófica – (ELA) é considerada uma doença degenerativa do sistema nervoso, que acarreta paralisia motora progressiva, irreversível, de maneira limitante, sendo uma das

A doença crônica envolve um reconhecimento dos mundos da dor e sofrimento, possivelmente até de morte, os quais são normalmente vistos como possibilidades distantes ou problema dos outros. Ademais, ela faz com que indivíduos, suas famílias e redes sociais mais amplas fiquem frente a frente com o caráter de suas relações em forma pura, rompendo com as regras normais de reciprocidade e apoio mútuo. [...] Além disso, as expectativas e os planos que os indivíduos têm em relação ao futuro precisam ser re-examinados (BURY, 2011, p. 43).

O tema desta monografia foi escolhido levando em consideração que a Antropologia da Saúde tem dado pouco enfoque à temática das doenças de longa duração e degenerativas. A sociologia, principalmente a britânica e estadunidense, desde a década de 1970 tem estudado a convivência com doenças que não recebem, por parte da biomedicina, uma cura definitiva (BURY, 1982). É relativamente escassa a produção acadêmica no Brasil acerca desta temática, porém nos últimos anos este panorama tem mudado, alguns pesquisadores têm voltado seu foco para as doenças de longa duração (CANESQUI, 2013; FLEISCHER, 2013; GARNELO/SOUZA, 2008) ao buscar compreender como as pessoas convivem e percebem estas doenças de longa duração e sua relação com os serviços de saúde.

Na visão biomédica a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Ela é um problema grave da saúde pública no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (2006) são cerca de 17 milhões de portadores brasileiros de hipertensão arterial, 35% da população acima de 40 anos e este número de hipertensos é crescente.

Tendo em vista o panorama de grande incidência dos problemas de pressão no Brasil e o quadro crescente desta doença na população brasileira, principalmente na parcela idosa, alguns estudos foram realizados pelas Ciências Sociais, a maioria dos estudos visa entender a parte subjetiva, simbólica, relacional e social da doença, voltada geralmente as pessoas que convivem com estes processos de adoecimento.

Fleischer (2013) ao pesquisar a mesma região na qual esta etnografia está inserida, elucida as principais estratégias de controle da pressão alta, empreendida

pelas pessoas que convivem com problemas de pressão na Guariroba. Ela identifica três principais estratégias:

Primeiro, a maneira de medir com frequência os índices corporais, ter aparelhos de medição a mão e contar com uma rede de intérpretes sobre os números revelados pelo aparelho, ajudam neste controle. Segundo, uma nova relação com os medicamentos é estabelecida, resultando de uma tática posológica (lógica de uso dos medicamentos) própria para a convivência com a hipertensão e diabetes. Terceiro, as emoções surgem como elemento determinante nas alterações das taxas de pressão e glicemia sanguíneas (2013, p. 461). As pessoas seguem as recomendações médicas à sua moda, nem sempre como foi proposto durante as consultas.

Canesqui (2013) procura entender a experiência de pessoas que convivem com “pressão alta” que foram diagnosticadas há mais de um ano. Em seu trabalho, sua interlocutora (Luciana) conta que aos 31 anos descobriu que estava com “pressão alta”, mas ela não ligou, dispensando a ingestão do remédio passado pelo clínico para ser “tomado por toda a vida”. Em outra ocasião, percebendo um sangramento pelo nariz, pela boca e até pelo ânus vai ao hospital em Amparo, município de São Paulo e descobre que este sangramento era relacionado à “pressão alta”. Ao chegar lá foi encaminhada para São Paulo/SP, onde fez uma operação de coração.

Uma das explicações do senso comum sobre a gênese da “pressão alta”, compartilhada com o grupo social, associa-se ao envelhecimento. O fato de Luciana considerar-se jovem e sadia, quando fora diagnosticada de hipertensão pela primeira vez, provavelmente interferiu no diagnóstico e na recusa de tomar os medicamentos prescritos na ocasião. Luciana interpretou que após a cirurgia do coração a “pressão alta” pudesse estar curada, tal como a extração do mal por esta técnica médica (CANESQUI, 2013, p. 915).

Fica claro nestas passagens citadas anteriormente, que é insuficiente a comunicação do diagnóstico médico para que o adoecido assuma a condição de adoecimento. Este processo de compreensão da doença envolve suas próprias representações de saúde/doença, os contextos sociais nos quais a pessoa está inserida, identidade e própria biografia da pessoa.

Garnelo e Souza (2008) em seu artigo expõe os resultados de uma pesquisa avaliativa na Atenção Básica à Saúde, de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes na região de Manaus/AM. Em seus resultados evidenciam que as rotinas desenvolvidas nos centros de saúde, vão além do discurso de pacientes e profissionais. Os autores percebem como o acesso e integralidade do atendimento influencia no tratamento da doença. A inexistência de sistema de referência entre os diferentes níveis de complexidade compromete o acesso dos pacientes aos exames e especialistas. O cuidado oferecido é restrito às queixas físicas passíveis, comprometendo a integralidade.

Há pouca literatura sobre as concepções dos expoentes biomédicos. Nesse sentido Calvo-Gonzalez (2011) analisa consultas médicas em um centro público da cidade de Salvador/BA. Ela nota a articulação do processo de objetificação do corpo com o universo das experiências tanto de médicos quanto de pessoas que convivem com problemas de pressão. Segundo a autora a maneira como os atores envolvidos aplicam no encontro clínico conhecimentos provindos do cotidiano e dos conhecimentos biomédicos sinaliza como o controle da hipertensão arterial é produzido por, e por sua vez produz, corpos que vivenciam o mundo através de matrizes diferenciadoras tais como classe, gênero ou raça. Estes corpos e suas significações não podem ser separados. Em seus resultados percebe-se que ambos (pessoas que convivem com problemas de pressão e médico/as) reconhecem no outro, marcas de diferenciação corporificadas que estruturam as relações sociais, tanto dentro quanto fora dos consultórios.

Nesta relação entre médico/as e pessoas que convivem com problemas de pressão, as pessoas não são consideradas em sua totalidade, a subjetividade das pessoas muitas vezes é posta em segundo plano e o foco passa a ser somente a doença do ponto de vista fisiológico, esquecendo-se de outros fatores que envolvem a adesão ao tratamento proposto.

Considerando que o cuidado de uma doença é também uma prática relacional, é preciso que conheçamos os muitos lados desta relação. O foco

principal da pesquisa foi pensado na possibilidade de contribuir no contato entre médicos e pessoas que convivem com problemas de pressão nos consultórios.

2. Apresentação da pesquisa

Este trabalho de conclusão de curso também se desdobra como um projeto do Programa de Iniciação Científica. O nome do projeto mais amplo era “Como é conviver com a hipertensão arterial e diabetes mellitus na Ceilândia? Aportes de uma Antropologia da Cronicidade”. Tal pesquisa procurou entender como é conviver com os problemas de pressão e foi formada por uma equipe de três aluno/as de graduação².

A pesquisa foi realizada no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF no período entre agosto e dezembro de 2014, mais especificamente em um dos três Centros de Saúde localizados nesta região e em algumas casas de pessoas que convivem com problemas de pressão, localizadas nas proximidades ao Centro de Saúde. Os moradores da Guariroba que tive contato durante esta pesquisa eram em sua maioria idosos, migrantes nordestinos e mineiros. Pude também perceber que muitos parentes, geralmente filhos e filhas e seus respectivos familiares moravam em casas localizadas aos fundos dos terrenos.

Os nomes das pessoas não serão revelados visando manter o anonimato das pessoas. Médicos e médicas serão assim chamados e as pessoas que convivem com problemas de pressão serão chamados de senhores, senhoras ou aqueles que convivem com problemas de pressão.

Esta pesquisa foi realizada com enfoque em Antropologia da Saúde desafiando a visão biomédica. No Centro de Saúde participei de consultas médicas, estive nos bancos do corredor de espera, por meio da observação participante. Fiz anotações em cadernos de campo, que foram editados como diários de campos e compartilhados com todos os envolvidos na pesquisa. Algumas entrevistas também

² Equipe de pesquisa – Mayara Albuquerque buscou entender as mudanças alimentares e a “pressão alta”, Ana Clara Damásio buscou entender o nervoso e a “pressão alta” e eu visou entender principalmente a relação entre médicos e pessoas que convivem com problemas de pressão dentro dos consultórios.

foram feitas com o/as médico/as e as pessoas que convivem com problemas de pressão.

Portanto, os dados utilizados são referentes ao acúmulo de diários de campos de todos os participantes na pesquisa. Fizemos um acordo no qual estabelecemos que estes diários poderiam ser utilizados na construção e análise dos dados. Os diários de campos foram compilados em dois tomos, TOMO 7 (diários do mês de agosto a setembro) e TOMO 8 (diários do mês de outubro a dezembro), somando quase 700 páginas no total. Para facilitar a análise posteriormente construí tabelas como forma de categorizar informações recorrentes na pesquisa. Uma dessas tabelas criou uma tipologia de pessoas que convivem com problemas de pressão e será discutida no capítulo dois desta monografia.

A pesquisa foi feita coletivamente, mas a escrita e organização dos diários, bem como a análise dos dados foram feitas solitariamente. Os membros da equipe de pesquisa leram e fizeram comentários aos textos que fui produzindo. Fazer pesquisa em equipe e poder ter acesso a inúmeros diários de campo foi uma experiência muito enriquecedora. Utilizo-me de um pensamento anônimo para demonstrar o que sinto fazendo pesquisa em equipe: **“Se você quer ir rápido, vá sozinho, se você quer ir mais longe, vá junto”**.

É necessário entender que existe uma diferenciação nos termos utilizados pela biomedicina e pelas pessoas que convivem com problemas de pressão para definir o processo de adoecimento. Na biomedicina, o termo utilizado pelos profissionais da saúde em seus textos e artigos é o de “hipertensão arterial sistêmica”. Na abordagem antropológica se utiliza preferencialmente os termos empregados pelas pessoas que contam com alterações da pressão em seu cotidiano, como “problema de pressão”, “hipertensão”, “pressão alta”. Aqui portanto, enfatizo a experiência do adoecido e elucido os próprios termos nativos de identificação com seu processo de adoecimento.

Optei por não utilizar o termo paciente e sim pessoas que convivem com “problemas de pressão”, ou com “pressão alta”. De acordo com o dicionário Aurélio

*online*³ a palavra paciente tem os seguintes significados: o que recebe ou sofre a ação de um agente; que espera tranquilamente; que ou quem tem paciência, que ou quem sofre sem reclamar; que espera tranquilamente; qualquer pessoa sujeita a tratamentos ou cuidados médicos.

A palavra “paciente” na relação entre médico/a-paciente pode nos remeter a uma pessoa que tem paciência, sereno e conformado. A utilização do termo paciente pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação aos profissionais da saúde. Em momento algum percebi as pessoas que convivem com problemas de pressão como passivas, serenas e conformadas no convívio de longa duração com este problema. Muito pelo contrário, elas atuavam intensamente no controle da pressão arterial, cada uma se readaptando com a nova situação, de acordo com suas possibilidades e criatividade.

3. Localizando a pesquisa

Pretendo localizar a pesquisa utilizando-me de uma visão do macro ao micro. Começo por explicar o surgimento da Ceilândia, região administrativa na qual a Guariroba se insere até chegar ao micro, que é Centro de Saúde, os consultórios, os corredores de espera e as casas das pessoas que conheci.

3.1 O surgimento da Ceilândia

Para entender o contexto do local onde a pesquisa foi realizada é necessário entender também o processo de criação e construção de Brasília e da Ceilândia. Com a construção da capital, inaugurada dia 21 de abril de 1960, houve uma intensa migração de pessoas de várias partes do país para trabalhar e buscar novas oportunidades de vida.

Segundo Quinto Jr. e Iwakami (1991) a ocupação das “cidades satélites” se deu pela necessidade de dar respostas à forma como ocorreu à construção de Brasília. A construção da nova capital em menos de quatro anos requisitou o uso de

³ <http://dicionariodoaurelio.com/paciente>

mão de obra de forma extensiva. Trabalhadores de várias cidades brasileiras chegaram ao quadrilátero do Distrito Federal e foram dando origem a inúmeros assentamentos em torno do centro da cidade.

A Ceilândia foi uma das cidades que se formou a partir dos assentamentos em resultado de um longo processo que começou com alguns trabalhadores se agrupando em assentamentos (tidos como “invasões” pelo governo) nas proximidades do Plano Piloto. Estes trabalhadores foram expulsos e transferidos para locais distantes do Plano Piloto, dando forma as primeiras “cidades satélites”, a partir de 1989 começaram a ser designadas como Regiões administrativas (RA). A Ceilândia (RA IX) é uma das 31 Regiões Administrativas do Distrito Federal e foi oficialmente criada em 25 de outubro de 1970. Paviani (1996) e De Sousa (1983) estudaram a erradicação das ocupações definidas como “invasões” pelo então Governo do Distrito Federal no final dos anos 60, eliminando as favelas vilas do IAPI, Tenório, Esperança, Bernardo Saião e Morro do Querosene para a criação da Ceilândia.

A Ceilândia é a maior cidade do Distrito Federal, segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (2013) na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Esta região administrativa conta com cerca de 449.592 habitantes e é formada em sua maior parte por mulheres, (51,78 %). Do total de habitantes da Ceilândia, 22,57% têm até 14 anos de idade. No grupo de 15 a 59 anos, que concentra a força de trabalho, encontram-se 62,98% do total. A faixa etária de 60 anos ou mais é representada pelo total de 14,45% dos habitantes. Com relação à migração, conforme levantamento dos residentes na Ceilândia, 51,73% do contingente populacional é nascido no Distrito Federal, enquanto 48,27 são constituídos por imigrantes. Do total de imigrantes, 66,43% são naturais do Nordeste; 16,91% do Sudeste e 13,37% do Centro-Oeste (CODEPLAN, 2013).

Hoje em dia, a Ceilândia se percebe de forma mais autônoma em relação à vida em Brasília, pois conta com serviços, comércios, escolas, universidades, etc. Mas, desde seu surgimento, a Ceilândia foi marcada por um forte estigma (GOFFMAN, 1963). Isso pode ser percebido, a princípio, pelo seu nome. O prefixo

“CEI” corresponde ao “Centro de Erradicação de Invasões”, em alusão à remoção forçada em relação ao Plano Piloto, num intuito de sanitização urbana e simbólica, para uma área distante cerca de mais de 40 quilômetros do centro da Capital. As “invasões” foram deslocadas para longe dos olhos oficiais. Cerca de 80.000 pessoas foram levadas para uma área que, aos poucos, se constituiria como a Ceilândia. À época, não havia sequer infraestrutura básica, ruas asfaltadas, água encanada, luz elétrica, hospitais e escolas, telefones públicos, etc (RESENDE, 1985; TAVARES, 2005).

Outra fonte de estigma, mais difícil de vencer do que a infraestrutura que lentamente acabou chegando, é a identificação da cidade com a violência. O processo de densificação das periferias urbanas nas últimas três décadas tem sido generalizadamente observado no Brasil (Monteiro et al, 2009) e também na Ceilândia. Essa densificação é frequentemente associada à marginalização social, desemprego, tráfico de drogas e criminalidade. Tal estigma ceilandense é fortemente reafirmado em diversos noticiários, jornais e pela própria população do quadrilátero.

Segundo a Pesquisa Distrital por amostra de domicílios feita pela CODEPLAN (2013), a chegada constante de novos migrantes ao Distrito Federal e a criação do Programa Habitacional da Sociedade de Habitação de Interesse Social – SHIS levaram o governo a criar outras áreas na Ceilândia. Em 1976, foi criada a QNO (Quadra Norte “O”) e, em 1977, o Núcleo Guariroba, situado na Ceilândia Sul. Surgiram depois os Setores “P” Norte e “P” Sul (1979). Em 1985, foi expandido o Setor “O”, em 1988 ocorreu o acréscimo do Setor “N”, em 1989, o Setor “P” Sul e QNQ e em 1992.

Com a criação da SHIS é que as primeiras casas subsidiadas pelo Estado foram entregues na Guariroba, região onde esta pesquisa foi realizada. A SHIS é um dos primeiros órgãos de execução da política habitacional do Distrito Federal, ainda nos anos 1970 e 1980, construiu e distribuiu a preços subsidiados, casas e lotes para famílias de baixa renda que haviam chegado à cidade.

3.2 Atenção básica e a Ceilândia

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada pelo conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

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

As Unidades Básicas de Saúde localizadas nas proximidades de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Garantir a estas unidades a infraestrutura necessária ao atendimento é um desafio para o Brasil. O Brasil é único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que conta com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p.19).

Segundo o site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal⁴, a Regional de Saúde de Ceilândia conta com 12 centros de saúde, uma Unidade de

⁴<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>

Pronto-Atendimento (UPA) e o Hospital Regional da Ceilândia (HRC). O Centro de Saúde pesquisado tem como especialidades: Clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria, odontologia e programas especiais com foco em hipertensos, diabéticos, DST/AIDS, automassagem, imunização, assistência ao idoso, planejamento familiar, cárie zero, assistência à mulher e à criança.

Como a atenção básica é a “porta de entrada” do SUS, é de extrema importância entendermos como funciona as atividades de um Centro de Saúde em relação aos problemas de pressão. A atenção básica visa primeiramente à prevenção, diagnóstico e o tratamento de algumas doenças. A pressão alta deve ser diagnosticada, prevenida e tratada para que futuramente não gere agravos e as pessoas não precisem buscar os hospitais em casos mais graves, como infartos e derrames.

3.3 O Centro de Saúde

Neste texto não citarei o nome do Centro de Saúde (doravante, CS) no qual pesquisei. Chegava ao CS por meio do transporte público, pois não tenho carro. Saía de casa por volta das 6h30 e por volta das 7h estava na Ceilândia. Entrava no terreno do CS e me dirigia aos locais que fazia pesquisa no dia, os consultórios ou o corredor de espera.

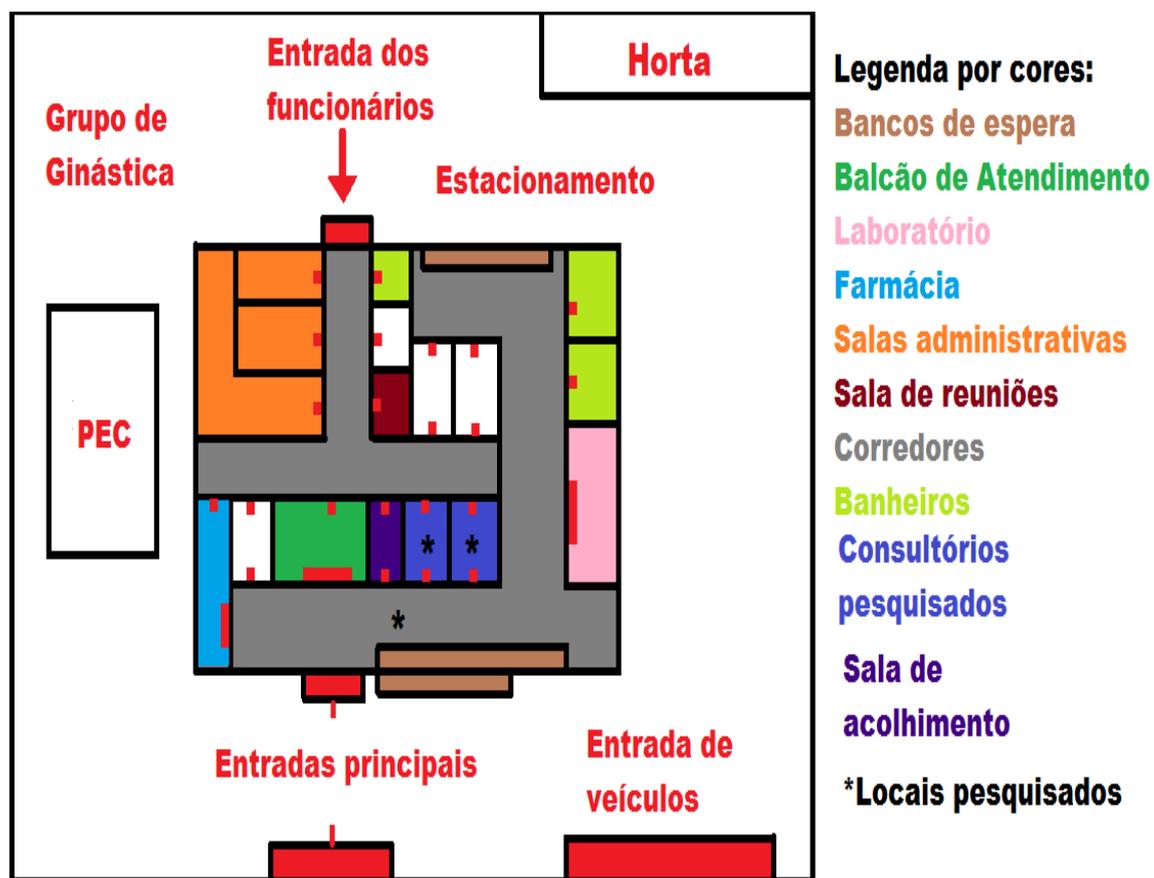
Cabe salientar que a roupa com a qual saía de casa era sempre muito bem escolhida, tenho algumas tatuagens no braço direito e optei por ir com camisas de manga longa para que o eventual preconceito não atrapalhasse a pesquisa de alguma forma. Após conviver com os profissionais de saúde dois meses, comecei a ir com camisetas que mostravam as tatuagens, buscando ver as reações que as pessoas teriam. Tendo em vista que já havia adquirido certa confiança dos profissionais de saúde, em nenhum momento o médico ou a médica com a qual tive contato fez qualquer menção às tatuagens.

A esta hora da manhã a fila para marcação de consultas estava sempre enorme, algumas pessoas conseguiam lugar para se sentar no banco localizado à

direita da porta principal, porém muitos ficavam em pé. Estas pessoas chegavam de madrugada, por volta das três horas da manhã para garantir seu lugar na fila.

Para uma melhor visualização do CS, utilizo-me de croqui de uma planta baixa. Os locais em branco neste esquema visual são salas do CS que não tive muito contato - sala da assistente social, copa e alguns consultórios de pediatria, nutricionista e acupuntura. Os pontos em vermelho representam portas e janelas do guichê de atendimento, farmácia e laboratório. O PEC corresponde ao Ponto de encontro comunitário, contendo aparelhos para exercícios.

Figura 1 - Centro de Saúde



Fonte: Autor

Eu tendia a ficar em três espaços, pontuados com asterisco no croqui. A seguir me deterei em descrevê-los mais detalhadamente. Os consultórios foram os locais onde passei o maior tempo durante a pesquisa. Pude acompanhar consultas

de dois médico/as, mais especificamente clínicos gerais, uma do sexo feminino, que atende de terça à sexta-feira e outro do sexo masculino que atende de segunda à sexta-feira no CS. Acompanhei 51 consultas da médica e 95 do médico, totalizando 146.

Eram por volta de vinte consultas diariamente. Nos dias em que acompanhei as consultas entrava no CS pela entrada dos funcionários, localizada ao fundo do CS. Ao entrar, andava pelo corredor que dá acesso as salas administrativas, a copa e onde os funcionários “batem o ponto” eletrônico. Eu pegava um banco ou uma cadeira na sala de reuniões e me dirigia ao consultório. Na maioria das vezes, estava acompanhado por algum colega da pesquisa.

Antes do início das consultas, eu apresentava o intuito da pesquisa às pessoas que convivem com problemas de pressão e ou o/as médico/as apresentavam-me e as pessoas autorizavam ou não minha presença nos consultórios. Caso não concordassem eu me retirava do consultório, mas isso só aconteceu uma única vez.

No decorrer destas consultas fui confundido inúmeras vezes como “futuro médico”, mesmo me apresentando como antropólogo que estava fazendo pesquisa na área da Antropologia da Saúde. Em uma dessas vezes, eu me apresentei, a senhora autorizou minha presença no consultório e a consulta se iniciou. No meio da consulta, ela me olhou, vendo que eu tomava notas no caderno de campo e falou: “É tão bom ver que tem médicos tão novos estudando”. Mesmo que eu me apresentasse era confundido com profissionais da saúde.

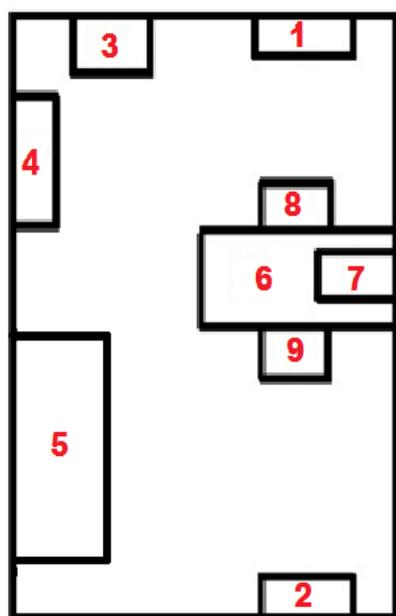
Não posso dizer ao certo o porquê disso acontecer. Eu acho que tal atitude acontecia por eu estar num espaço de extrema hierarquia, os consultórios, sentado ao lado do/a médico/a. A mesa em que o/a médico/a se apoia divide esta hierarquia. Por estar sentado ao lado do/a médico/a dava a entender que eu seria um futuro médico que estava estudando dentro dos consultórios. Durante a etnografia eu tive contato próximo com alguns funcionários do CS e entrava pela parte administrativa, o que pode ter levado também ao entendimento das pessoas de que eu era da área

da saúde, pois eles não tinham um contato tão próximo com as pessoas que convivem com os problemas de pressão.

As consultas do médico foram acompanhadas nas segundas-feiras, dia em que a maioria das pessoas com problemas de pressão eram atendidas e as consultas da médica às terças-feiras. Os atendimentos no consultório se iniciavam por volta das 7h20 e terminam por volta das 10h da manhã, as consultas tinham em média oito minutos.

Utilizo-me de um segundo croqui para melhor ilustrar a disposição dos objetos dentro dos consultórios.

Figura 2 - Consultório



Legenda:

**1-Porta traseira do consultório
(Acesso aos funcionários)**

2-Porta dianteira

3-Pia

4-Armário

5-Maca

6-Mesa do computador

7-Computador

8- Cadeira do médico

9- Cadeira das pessoas

Obs: Não existe cadeira para possíveis acompanhantes.

Fonte: Autor

Ao chegar ao consultório do médico, sempre acompanhado por mais um membro da equipe, nos sentávamos embaixo do armário que é suspenso, próximo à pia. Nas consultas da médica, que acompanhei sozinho, eu ficava sentado ao lado de sua mesa, próximo à porta onde os funcionários do CS tem acesso. Ambas eram estratégias para incomodar o mínimo possível.

Além do espaço dos consultórios, frequentei também o corredor de espera. Ao adentrar o CS pela porta principal, eu virava à direita e me sentava nos bancos rente à parede, perto das pessoas que estavam esperando para se consultar. Inicialmente eu apresentava a pesquisa, perguntava a elas se conviviam com problemas de pressão e caso me respondessem afirmativamente, eu os convidava para uma conversa. Tais conversas eram livres, porém guiadas por questões relacionadas à “pressão alta”. Muitas destas conversas foram interrompidas, pois tais pessoas eram chamadas para aferir a pressão e a glicemia na sala de acolhimento, outras eram interrompidas ao serem chamadas para as consultas.

Também tive contato com algumas pessoas em suas casas, localizadas na proximidade deste CS. A primeira destas visitas foi facilitada pela professora Soraya Fleischer a uma família a que ela já conhecia. As outras visitas foram a pessoas que conheci no decorrer das consultas, quando o endereço era anunciado para o médico colocar na receita de medicamentos. Chequei com o médico se era antiético eu ir às casas das pessoas a partir do endereço obtido na consulta. Ele disse que se eu explicasse que tive acesso ao endereço nas consultas e se pedisse a autorização das pessoas para poder conversar com elas em suas casas, não entenderia como equivocado.

Ao chegar a estas casas com alguém da equipe de pesquisa, rerepresentávamos a pesquisa, lembrávamos de tê-las conhecido nos consultórios do CS e fazíamos questão de elucidar que não tínhamos qualquer ligação com o CS e nem que os funcionários do mesmo local teriam acesso às informações obtidas durante aquela conversa ou que os serviços prestados pelo CS seriam influenciados pela conversa. Era preciso reforçar estas informações para evitar possíveis ruídos.

Após a explicação, perguntávamos se elas teriam um momento livre para um bate papo acerca dos problemas de pressão. Não nos dirigíamos às casas destas pessoas muito cedo, pois poderiam estar dormindo. Geralmente as visitas começavam por volta das nove horas da manhã e acabavam por volta das onze horas, antes da preparação para o almoço.

4. Considerações éticas da pesquisa

É necessário pensar nas questões éticas que envolvem uma pesquisa em Centros de Saúde. A Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), órgão atrelado ao Ministério da Saúde, é quem ordena de maneira geral as regras da pesquisa em seres humanos no país. Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) avaliam se os projetos de pesquisa estão respeitando os procedimentos éticos em pesquisa. Cabe à comunidade dos cientistas sociais, e em especial a dos antropólogos, por conta da especificidade do seu fazer intelectual, discutir detalhadamente as implicações e as múltiplas leituras que a exigência da ética em pesquisa comporta (HEILBORN, 2004).

Conseguir adentrar instituições de saúde para fazer pesquisa não é tarefa fácil. Para eu poder iniciar a pesquisa no CS a diretora exigiu que tivéssemos o aval de um CEP. Para tanto, tive que enviar uma lista de documentos⁵ ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas, um dos três comitês da Universidade de Brasília.

Dentre os documentos, estava a carta de aceitação da instituição onde a pesquisa aconteceria. Tal documento foi assinado no primeiro semestre de 2014, onde tive um encontro com a diretora do CS para explicar um pouco sobre a pesquisa e conseguir sua assinatura. Expliquei que minha orientadora já havia pesquisado anteriormente no CS, o que contribuiu para minha entrada. Além disso, eu lhe ofereci um artigo escrito pela minha orientadora sobre o CS e um livro sobre metodologia de pesquisas antropológicas. Enviei todos os documentos em junho e em agosto tive autorização do CEP/IH para poder entrar nos consultórios do CS e começar a pesquisa.

⁵ 1. Carta de encaminhamento ao CEP/IH; 2. Currículo Lattes de todos os pesquisadores envolvidos no projeto; 3. Folha de rosto (Disponibilizada pelo Sistema Plataforma Brasil) assinada; 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Justificativa para a não apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 5. Carta de aceitação da instituição onde serão coletados os dados ou Justificativa para a não apresentação da Carta de aceitação da Instituição; 6. Carta de revisão ética; 7. Cronograma, contendo a data do início do projeto e a data de entrega do relatório final/parcial; 8. Cópia do Instrumento de pesquisa. ou justificativa para a não apresentação da cópia do instrumento de pesquisa.

Dentre as questões éticas envolvidas nesta pesquisa, os nomes das pessoas citadas durante este trabalho foram modificados para garantir o seu anonimato. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁶ não foi utilizado durante a pesquisa, já que notamos que não seria adequado. Tive um consentimento oral de todos os envolvidos na pesquisa.

Durante as consultas, eu teria que parar por alguns minutos, ler o termo e pedir para os pacientes que o assinassem, ação inviável dentro de um consultório, onde os médicos atendem muito rapidamente. Nos corredores e nas casas, o TCLE oral também foi usado, as pessoas autorizavam a conversa. Somente adaptei a realidade que o campo me estabeleceu à forma de consentimento e metodologia que utilizaria.

Segundo Diniz (2010), essa parece ser uma ambiguidade metodológica insuportável para os comitês. Sem um roteiro de perguntas estruturado e sem a garantia de que o TCLE será apresentado por escrito e assinado antes de a entrevista ter início, muito provavelmente um projeto de pesquisa social não será aprovado quanto aos aspectos éticos. Para o CEP/IH, cada percurso metodológico necessita ser analisado em sua particularidade, o que significa que não há regra pré-fixada de como deve ser conduzida uma boa entrevista de pesquisa a fim de garantir a confiabilidade ou veracidade dos dados. É possível atender à solicitação de apresentação de TCLE oral em estudos de risco mínimo ou mesmo de TCLE por escrito somente após a entrevista ter sido realizada, a fim de evitar o desconforto da negociação na forma de “cheque em branco”. A emergência de estratégias de acolhimento à diversidade disciplinar e às particularidades metodológicas de cada projeto não alteram o curso de revisão ética, cujo principal objetivo é o de proteger os direitos e interesses dos participantes de uma pesquisa.

5. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, sentir e escrever

Termino esta introdução fazendo uma reapropriação do título do primeiro capítulo do livro “O trabalho do antropólogo” de Roberto Cardoso de Oliveira (1993).

⁶ O TCLE é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa de maneira que ele possa tomar sua decisão da sua participação ou não em um projeto de pesquisa.

O nome do capítulo é “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever”. Em meu título coloco mais uma etapa do trabalho do antropólogo: o sentir. É necessário uma reflexão acerca dos sentimentos e emoções que nos acompanham a todo momento em nossas pesquisas em campo.

Neste capítulo, Oliveira enfatiza o caráter constitutivo do olhar, do ouvir e do escrever na elaboração do conhecimento próprio das disciplinas sociais. Ele deseja chamar atenção para três etapas constitutivas da apreensão dos fenômenos sociais em campo, porém o sentir não é discutido em seu texto.

Considero o sentir uma etapa importante da apreensão dos fenômenos sociais, lidamos com pessoas em nossa pesquisa e as emoções e sentimentos nos acompanham a cada dia em nossas jornadas biográficas. O convívio com o outro em campo nos faz pensar sobre nós mesmos, nossos métodos, nossa suposta neutralidade e objetividade e os sentimentos e emoções também fazem parte da situação etnográfica.

Lidar com pessoas que convivem com doenças de longa duração, observando-as no CS e em suas casas não foi tarefa simples, ouvi muitas histórias de vida comoventes em campo, tais histórias de vida me deixavam pensativo o resto da semana, em muitos desses casos me emocionei intensamente, tive que “segurar o choro” e cheguei a ponto de sonhar com o campo diversas vezes.

Para exemplificar, utilizo-me de passagens de duas das histórias que ouvi no corredor de espera do CS. Cheguei por volta das 7h ao CS, neste dia não fui acompanhar as consultas, queria ouvir um pouco as pessoas no corredor de espera, entrei no Centro de Saúde e me sentei no banco onde as pessoas esperavam para aferir a pressão e pela consulta.

Ao sentar, olho para o lado e vejo uma senhora costurando alguns panos de prato. Começo perguntando se ela convivia com os problemas de pressão, ela responde que sim, explico um pouco da pesquisa e ela concorda em ter uma

conversa comigo. Esta senhora tem por volta dos 60 anos, é natural de Ceres/GO, vive por volta de 40 anos na Ceilândia.

A senhora me diz: “Eu gasto muito com esta doença, falta remédios no centro de saúde, aqui nunca tem remédio, minha família não tem dinheiro, é difícil. Às vezes quando eu não tenho dinheiro eu não tomo os remédios, não tenho dinheiro pra comprar. A situação está feia, meu filho. Meu marido fez cirurgia no intestino, já fez umas cinco cirurgias, tirou tipo um tumor do reto, acho que é isso. Ele tirou um pedaço, aí ele não pode trabalhar e a aposentadoria, porque ele ficou ruim, não sai de jeito nenhum”. Ela continua: “Ou come ou toma remédio, meus filhos até pagam meu remédio, mas eu não gosto de depender deles. Às vezes faço esses panos e vendo, vou mantendo a vida, mas é difícil. Eu não gosto de pedir dinheiro com os filhos, aí me viro e arrumo dinheiro pra ajudar em casa também”.

Outra história também me deixou bem emotivo no corredor de espera. Conheci uma senhora de uns 60 anos, moradora desde 1978 de Brasília e atendida no CS desde que ele abriu, em 1981. Ela me diz: “Em casa mudou tudo mesmo em 2003, comida, caminhada. Meu marido teve infarto e ele não tem pressão alta. Depois do infarto do meu marido, aí entrei na linha. Comecei na dieta e no exercício sem parar, mudei tudo. Meus filhos eram acostumados com outra comida, não gostaram. Ele (marido) fez angioplastia, ficou nove anos bem, ia até pra academia comigo. Ele faleceu em maio de 2012. Você não quer ouvir isto né?” Eu respondi: “Continue, estou aqui para te ouvir”. Ela continuou: “Um dia estava em casa, fui ao quarto e ele estava bem, normal, fui pra sala e encontrei minha filha. Fiquei esperando meu marido se arrumar, nesse dia a gente ia sair. Minha filha foi lá ver e, ela demorou a descer, fiquei preocupada. Fui ao quarto e ele estava morto, fiquei muito nervosa, a pressão subiu na hora”.

As pessoas que conviviam com problemas de pressão, além de ter que cuidar de si mesmas, tarefa que alguns pensam ser simples, tinham que se adaptar a novas dietas prescritas, exercícios físicos, medicamentos. Tinham que lidar com mortes de parentes e por vezes tinham que cuidar de outros adoecidos, como por

exemplo pessoas que tiveram infarto, pessoas com Alzheimer e tumores. Por vezes tive que segurar o choro, ouvi muitas histórias tristes.

Nas consultas, foram relatados desde casos de assassinatos de parentes, filhos com problemas com drogas, filhos presos, filhos internados em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), cansaço extremo por cuidar dos netos, brigas com noras, acidentes de trabalho, suicídios, assaltos no caminho até o centro de saúde, derrames, infartos, pessoas ficando cegas gradualmente, pessoas com sérias dificuldades de locomoção, que não conseguiam mais trabalhar, que não conseguiam colocar suas roupas sem a ajuda de outras, outras pessoas tendo que vender panos de pratos pelas ruas para conseguir dinheiro para comprar seus próprios medicamentos e alimentos, dentre outras tantas histórias únicas.

Tais sentimentos e emoções se entrelaçam com uma rotina intelectualizada incorporada ao pesquisador no decorrer da graduação: o olhar, o ouvir e o escrever. O que tento elucidar com esta discussão é que cada etnógrafo vive no terreno de uma experiência única, aproveita o legado de seus antecessores, aproveita os ensinamentos que recebeu tanto na academia, quanto no decorrer de sua biografia. Mas os sentimentos estão latentes na pesquisa e não há como se desvencilhar deles.

Ao contrário do que acontece em outras ciências, em que o pesquisador procura estar ausente da análise e da exposição dos dados, como meio de garantir uma posição neutra e objetiva legitimadora da cientificidade, o antropólogo nunca esteve ausente de seu texto e da exposição de seus dados (CALDEIRA, 1988).

Eu especificamente busco detalhar nesta etnografia a metodologia utilizada em campo, os passos da análise de dados construídos em campo e demonstrar que os sentimentos e emoções são latentes em nossas pesquisas e que influenciam por vezes nossa análise dos dados.

Alguns artigos que li durante a graduação não continham detalhadamente explicitada a metodologia e os passos da análise dos dados, nem um apelo

sentimental, em que o pesquisador parecia somente um mero observador das realidades sem se afetar por elas, não pretendo fazer este tipo de antropologia. A pesquisa em campo é um campo de trocas constantes e somos afetados e afetamos o local de pesquisa na medida em que entramos em contato com ele.

6. Da disposição dos capítulos

No primeiro capítulo discorro acerca do nascimento da clínica, após isto falo um pouco sobre a formação acadêmica do/as médico/as e seu ritual iniciático, elucido um pouco sobre o programa HIPERDIA e analiso as consultas como rituais.

No segundo capítulo elucido que o/as médico/as tipificam as pessoas nos consultórios de acordo com a adesão ou não aos tratamentos propostos e apresento uma tipologia que criei para entendermos melhor a relação entre médico/as e as pessoas que convivem com problemas de pressão de acordo com a adesão ao tratamento.

No terceiro capítulo apresento o conceito de “dádiva” cunhado por Mauus (1974) e demonstro que este conceito nos ajuda a pensar as trocas simbólicas em nossa sociedade. Dentro dos consultórios a dádiva é elemento crucial para entender como se dá a relação entre médico/a pessoas que convivem com problemas de pressão.

CAPÍTULO 1

O nascimento da clínica, os rituais do HIPERDIA e da consulta médica

1. O nascimento da clínica

Anteriormente à apresentação de como acontece o encontro clínico no CS é necessário entender como o nascimento da clínica biomédica e ocidental aconteceu. É preciso ter em mente que este nascimento é uma construção histórica e sociocultural e reconhecer que algumas dessas características de séculos anteriores são vistas no encontro clínico do século XXI. A análise de como se deu o nascimento da clínica é extremamente necessária para o entendimento do encontro clínico em um CS.

Foucault (1994) em seu livro “O nascimento da Clínica” expõe que o novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica no surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. O autor descreve as modificações e construção da medicina clássica até a moderna por meio de uma análise histórica.

O autor elucida que a medicina do século XVIII era tida como a medicina das espécies, uma medicina classificatória que seguiu o modelo botânico. A analogia seria a forma como a ordem natural das doenças é percebida. A doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante, de uma doença pra outra, a distância que as separa mede apenas o grau de semelhança. A doença é classificada em famílias, gêneros e espécies. Nesta medicina classificatória para se conhecer a verdade do fato patológico o médico deve abstrair o doente, o conhecimento das doenças é a bússola do médico.

O autor afirma que o hospital na medicina das espécies seria o templo da morte, espaço dos indigentes. Neste local, o contato com outros doentes, em que as

espécies se entrecruzam, altera a natureza da doença e a torna mais dificilmente legível. Com efeito, nenhuma doença de hospital é pura, o hospital seria uma forma de isolar o doente do são, proteger o sadio e não curar o doente.

A medicina das espécies tinha sua relação médico-paciente em casa, ao pé da cama, o saber acontecia nas faculdades, o conhecimento era passado em comparação ao mestre e discípulo, o papel do Estado era o de fiscalizar os médicos liberais. A medicina começa a partir daí a ganhar o apoio do Estado, visando diferir os médicos dos charlatães que estavam ganhando espaço na sociedade, eles estavam medicando doentes, criando assim problemas para o Estado.

Segundo o autor, no final do século XVIII e começo do século XIX se instaura uma nova medicina, a medicina das epidemias em que o espaço da localização da doença é anatômico, fisiológico, dividido em órgãos, tecidos e conjuntos de células. A doença é explicada pela causalidade, para além dos espaços das doenças, mas a relação entre os casos e seu saber acontece nos hospitais. O papel do Estado é o de fiscalizar e validar médicos para assim proteger os pacientes.

O autor analisa o surto epidêmico na França, tais doenças epidêmicas são as que atacam ao mesmo tempo, e com características imutáveis um grande número de pessoas. Cabe ressaltar que Foucault ao analisar a medicina das espécies e a medicina das epidemias não faz uma análise binária ou oposta entre elas, ele entende as duas como interligadas, um processo em que uma precisou existir para dar origem à outra.

A análise de uma epidemia não se impõe como tarefa reconhecer a forma geral da doença, situando-a no espaço abstrato da nosologia, mas reencontrar, sob os signos gerais, o processo singular, variável segundo as circunstâncias, de uma epidemia a outra que, de causa à forma mórbida, tecem todos os doentes uma trama comum, mas singular, em um momento do tempo e em determinado lugar do espaço [...] A doença específica sempre se repete mais ou menos, a epidemia nunca inteiramente (FOUCAULT, 1994, pp. 25,26).

No final do século XVIII o autor relata que começa a institucionalização da medicina das epidemias, ocorre uma divisão em subdelegações, um médico, vários cirurgiões são designados pelo intendente para seguir as epidemias. A doença na medicina das epidemias é explicada como um caso.

Para entendermos a diferença essencial entre a medicina das espécies e a epidêmica é necessário entender que “para os classificadores, o ato fundamental do conhecimento médico era estabelecer uma demarcação: situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico” (p.32). Para a medicina das epidemias “o que define o ato do conhecimento médico em sua forma concreta não é, portanto, o encontro do médico com o doente, nem o confronto de um saber com uma percepção; é o cruzamento sistemático de várias séries de informações homogêneas, mas cuja interligação faz surgir, em sua dependência isolável, o fato individual” (p.33).

O autor relata também a diferença essencial acerca do papel dos hospitais nos dois tipos de medicina, se anteriormente na medicina das espécies, ele era o local do pobre, um templo da morte, ele agora se torna na medicina das epidemias o local para os doentes sem família; mas é necessário também em casos contagiosos, e para as doenças difíceis, complexas, extraordinárias, a que a medicina, em sua forma cotidiana não pode fazer frente. O hospital que anteriormente trazia estigmas de miséria, agora aparece ao nível geral como indispensável medida de proteção. Proteção das pessoas sadias contra a doença e proteção de doentes contra as práticas de pessoas “ignorantes”, tida por ele como os charlatães.

No século XVIII e começo do XIX começa a regulamentação da prática médica e da formação dos médicos, lutando assim contra charlatães e as pessoas sem títulos que exerciam a medicina, regulamentações foram estabelecidas em relação ao ensino médico. O lugar do hospital se torna também um local de escola, de aprendizado (FOUCAULT, 1994).

No início do século XIX que se tem uma mudança da medicina fundamental que geraria a medicina moderna, trata-se de uma nova disposição dos objetos de

saber, só existe uma linguagem: o hospital. É nele onde a série de doentes examinados é em si mesmo, escola. A dupla abolição das velhas estruturas hospitalares e da universidade permitia, assim, a comunicação imediata com o campo concreto da aprendizagem. Um novo discurso é formado, ele deve se ordenar em função de um novo olhar que não se contente mais em constatar, mas sim em descobrir (FOUCAULT, 1994).

De acordo com o autor a clínica assim compreende uma nova forma, que vai desde o ensino de futuros médicos que terão em um primeiro momento que estudar fisiologia, anatomia, química, farmácia e medicina operatória e num segundo momento os estudantes irão visitar os hospitais. A clínica se dá no leito de cada doente e o professor se deterá o tempo necessário para interroga-lo de modo satisfatório e para examiná-lo convenientemente, fará os alunos observarem os signos diagnósticos e os sintomas importantes de uma doença. Encontram-se assim pela primeira vez, em um quadro institucional único, os critérios do saber teórico e os de uma prática que só pode estar ligada à experiência e ao hábito.

Uma nova relação é estabelecida entre anatomia e patologia, entre corpo e doença. Quando a doença passa a ser referida em relação ao corpo, os sintomas deixam de ser considerados a própria doença. Todas as alterações da experiência corporal - como febres, sensação de asfixia, palpitações súbitas, por exemplo, não constituem em si mesmas os fenômenos da doença, mas se referem às condições e às lesões tissulares, construindo um sistema de relações que diz respeito a causas, origens e sedes. A partir da anatomopatologia, todo sintoma está relacionado a uma alteração morfológica (FOUCAULT, 1994).

O autor nos mostra que a partir do século XIX o olhar do médico se organiza de um modo novo. A formação do método clínico está ligado à emergência do olhar médico no campo dos signos e dos sintomas. O fato do médico ter se aproximado do doente trouxe a utilização de outros órgãos dos sentidos como a visão, o tato e a audição e de toda uma semiologia armada.

Neste século o sintoma é destituído de seu papel indicador soberano, os sintomas desempenham uma camada primária, papel ingênuo primeiro da doença. O sintoma só se torna signo com o olhar específico de um especialista, é a intervenção de uma consciência que transforma o sintoma em signo. O signo só acontece por um ato externo, de olhar, dizer, saber e ensinar.

O sintoma se torna, portanto, um signo sob um olhar sensível à diferença, à simultaneidade ou à sucessão, e à frequência. Operação espontaneamente diferencial, voltada à totalidade e à memória, como também calculadora; ato que, conseqüentemente, reúne, em um só movimento, o elemento de ligação entre si (p.106).

A anatomia patológica se tornou uma ciência com o objetivo de conhecer as alterações visíveis que o estado de doença produzia nos órgãos do corpo humano. Isso fez com que a mudança do saber médico do século XVIII gerasse a percepção de algo atrás do visível, além de descobrir a doença na profundidade do corpo. Através desta visível invisibilidade ocorre um grande progresso na observação e com isso um crescente empirismo científico dentro da medicina (FOUCAULT, 1994).

Para Foucault o que modificou com o surgimento da medicina anátomo-clínica ao analisar a anatomia de corpos em seu interior, diferenciando-se da medicina clínica foi à disposição de saber entre o que se deve conhecer e aquilo que é cognoscível. O acesso do olhar médico ao interior do corpo foi o resultado de uma reformulação do saber e não do nível de conhecimento acumulado. A anatomia patológica se tornou uma ciência com o objetivo de conhecer as alterações visíveis que o estado de doença produzia nos órgãos e sistemas do corpo humano.

A visão, o tato e a audição passam agora ao interior do corpo, ao invisível, por meio da anatomia e de equipamentos utilizados pelos médicos. Um obstáculo moral era tido em relação ao tato, com o tempo este anteparo moral foi substituído por meio da técnica que é adquirida pelo médico ou por meio da mediação instrumental, por exemplo - o estetoscópio. Esta mediação instrumental no exterior do corpo autoriza um recuo que mede uma distância moral. A figura do invisível visível organiza a percepção anatomopatológica (FOUCAULT, 1994).

Tendo em vista este modelo de clínica anatomopatológico houve uma reorganização na forma de olhar o doente, o alvo da intervenção médica torna-se cada vez mais o corpo individual. Flora (2006) expõe que o poder médico alcançado neste período estende-se aos dias atuais e ocupa-se do orgânico devido a essa tradição secular, sendo limitado à prática cotidiana para lidar com o ser biopsicossocial. A medicina moderna não encontra o terreno anátomo e fisiopatológico a que foi exercitado a descobrir ao lidar com este ser biopsicossocial.

Segundo Caprara (2004) com o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética também contribuiu para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade. Tais técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento à relação entre o médico e o paciente. A tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação.

Com o surgimento da anatomia patológica o que anteriormente era invisível aos olhos dos clínicos se torna visível, por meio da abertura de corpos ou da mediação instrumental. As pessoas que convivem com problemas de pressão se inserem intensamente nesta lógica, a pressão alta é uma doença muitas vezes invisível aos olhos do clínico, pois existem casos onde a pressão alta é assintomática.

A pressão alta só pode ser vista ao olhar dos profissionais da saúde por meio de um aparelho chamado esfigmomanômetro, é o aparelho quem indica os níveis pressóricos e é o exame de sangue e de urina quem indica os índices de colesterol, da glicose, do ácido úrico, dentre outros. Por meio deste aparelho ou de exames que se adentra os corpos para ver o invisível. As esferas microscópicas do corpo humano agora são desveladas.

É com base nesta reflexão que o argumento da monografia vai se construindo e em breve entenderemos mais a fundo como se dá a relação médico-pessoas que convivem com problemas de pressão nos consultórios.

É necessário anteriormente entender como tais profissionais de saúde são formados e quais as diretrizes seguidas no fazer médico e como isso reflete em suas práticas cotidianas dentro dos consultórios, temos que ter em mente que a formação do/as médico/as irá ditar as “regras” a serem seguidas no encontro clínico.

1.2 A formação acadêmica do médico e seu ritual iniciático

Hoirisch (2006) afirma que a primeira condição para se tornar médico com legitimidade na sociedade ocidental moderna é ser graduado em medicina. O conhecimento adquirido na graduação sobre as doenças e seus tratamentos é que confere respeito aos médicos. O médico deve interpretar a anamnese, formular diagnósticos e prognósticos. Tornar-se médico/a é um ritual de passagem, ele se torna um iniciado nas crenças biomédicas por meio de uma ordem iniciática de universidades e faculdades. Por meio dessa iniciação ele/a aprenderá como se dá os “rituais” do fazer médico. “Tornar-se médico é atravessar um dos rituais de passagem mais longos do mundo ocidental” (Becker, 1992, p.4). A faculdade é um elemento crucial na aprendizagem profissional, por representar o contexto no qual se inicia a socialização do futuro médico.

Uso o termo socialização pensando na concepção de que o médico/a não pode ser compreendido fora do contexto social onde foi formado. Berger e Luckmann (1974) evidenciam que a relação entre o indivíduo e o mundo social é ditada pela percepção do mundo que o indivíduo tem, que passa a ser o seu conhecimento, e que construiu influenciado pelo próprio mundo e pelo seu significado subjetivo. O indivíduo percebe os fatos, aplica nesses fatos os seus valores e obtém seu conhecimento, formando assim a sua ideologia individual, ou seja, um conjunto de ideias individuais, seus valores. Numa segunda instância, a qual me atenho, o indivíduo (médico/a) pertence a vários grupos, ou a uma classe social, e suas ideias também ajudarão a formar a ideologia desses grupos e dessa classe juntamente com o contexto social em que estão inseridos.

Segundo Berger e Luckmann (1994) a institucionalização ocorre sempre em que há uma tipificação recíproca de ações de determinado grupo de indivíduos por esse grupo. Organizações institucionalizam realidades cotidianas que existem objetivamente sem depender das pessoas. Os mesmos processos sociais que determinam a constituição do organismo produzem também o “eu” em sua forma particular. Assim esse “eu” não pode ser compreendido fora do contexto social onde foi formado.

A formação do médico além das aquisições de conteúdos específicos a habilidades técnicas também se insere no plano do saber prático. É sobretudo nas atividades práticas em ambulatórios e enfermarias, sob responsabilidade das várias disciplinas clínicas e cirúrgicas, que o aluno, de maneira implícita e sem nenhuma clareza de consciência, vai construindo sua identidade profissional no que concerne aos valores sociais de uma prática com suas implicações no modo de vivenciar e realizar essa prática (SOUZA,1998, p.31).

Podemos ver que o/a médico/a quando em contato com os adoecidos cria uma identidade profissional por meio do processo de socialização. Esta identidade é excludente, somente os que pertencem à comunidade científica a qual estão inseridos conseguirão entender os termos, os métodos, técnicas e habilidades que a prática médica exige.

Boltanski (2004) diz que esta identidade do médico é excludente no sentido em que o médico, ao contrário de outras especialidades, tem que se defender perpetuamente contra um “exercício ilegal” de sua profissão. Esta classe de profissionais é a única com direito a praticar a medicina e a única representante da legalidade médica.

Tal conhecimento é fechado somente aos que passaram pela ordem iniciática. Existe um monopólio desse conhecimento que é passado só aos que conseguiram suceder ao ritual de passagem. Tal conhecimento é extremamente hermético (fechado) e há uma dimensão de quase sacralidade, “o médico é imediatamente percebido pelos membros das classes populares como o representante de um universo estranho, como um membro desta vasta maçonaria, os outros” (BOLTANSKI, 2004, p.35). A própria diferença linguística, própria da utilização de um vocabulário especializado aprendido durante a iniciação do

médico/a causa um distanciamento grande em relação aos não iniciados, sobretudo os não médicos, como as pessoas que convivem com problemas de pressão.

Fazendo uma alusão a um sacerdote, a classe médica com seus saberes, técnicas e procedimentos herméticos exclui-se de outros tipos de saberes. Seu fazer médico toma a dimensão de sagrado não podendo ser contaminado pelo profano a partir daqueles que não foram iniciados. Existe uma resistência à entrada de outros tipos de conhecimentos, somente as crenças compartilhadas pelos médico/as são tidas como válidas. Há, assim como no fenômeno religioso, uma distinção entre o sagrado e o profano. Para Durkheim (1996), a distinção encontra-se no cerne do fenômeno religioso, ele diz:

Mas a verdadeira característica dos fenômenos religiosos é sempre supor uma divisão bipartida do universo, conhecido e conhecível, em duas classes que abarcam tudo o que existe, mas que se excluem mutuamente de modo radical. As coisas sagradas são aquelas que as interdições protegem e isolam. As coisas profanas, aquelas que se aplicam tais interdições e que devem permanecer à distância das primeiras. As crenças religiosas são representações que expressam a natureza das coisas sagradas e as relações que elas mantêm, entre si, seja com coisas profanas (DURKHEIM, 1996, p.54).

Tal atitude mantida pelos iniciados na medicina pode ser explicada caso tomemos seu conhecimento com um caráter sagrado. Seus atributos resistem a comparações com tudo àquilo que não seja biomédico, como “crenças”, “preconceito”, “hábito”, “erro” e confusão. Tais conhecimentos não estão amparados naqueles que operam o mundo profano e nem podem ser comparados a eles.

Considerando que há certo caráter sagrado na profissão médica, devemos entender como o CS gera as políticas de saúde relacionadas aos problemas de pressão, os rituais das consultas relacionados à pressão alta e o programa HIPERDIA que discutirei a seguir.

1.3 Rituais do HIPERDIA

As pessoas que convivem com problemas de pressão que tive contato ao decorrer desta etnografia fazem parte do programa HIPERDIA. Então é essencial

apresentar como e quando este programa foi fundado, suas diretrizes e ações na atenção básica.

No ano de 2000 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil em uma ação conjunta da União, estados e municípios. Ocorreram algumas campanhas para detectar pessoas que convivem com hipertensão e diabetes. Foi utilizada uma estratégia de atuação semelhante às campanhas de vacinação para identificar casos não diagnosticados e casos confirmados. A partir desta identificação inicial, buscou-se cadastrá-los e vinculá-los aos serviços de saúde. Em conjunto a este plano, foi implementado o HIPERDIA (BRASIL, 2004).

O plano teve por objetivo estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico do diabetes e da hipertensão, proporcionando a vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, e promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições. O Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, iniciou a capacitação de multiplicadores nos estados e nos municípios que seriam responsáveis por treinar e atualizar os profissionais da rede básica de saúde para o diagnóstico, prevenção e tratamento de hipertensão e diabetes. Depois, desenvolveu uma estratégia de ação dirigida aos serviços de saúde da rede básica dos grandes centros urbanos, por meio de uma proposta de educação permanente para os profissionais dessas unidades (BRASIL, 2004, p.17).

Segundo Chazan (2008) neste plano, ocorreu a distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e o acompanhamento de pessoas que convivem com problemas de pressão e diabéticos, denominado Sis- HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA.

De acordo com o portal da saúde⁷ o HIPERDIA foi concebido para permitir o monitoramento dos pacientes captados neste Plano e gerar informações para a

⁷ datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia

aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua, a todos os pacientes cadastrados no programa.

Cabe ressaltar que o HIPERDIA é um programa nacional, porém ele se adapta de acordo com cada CS, não em suas diretrizes principais, mas sim na forma como elas são elaboradas e colocadas em ação em cada local. Tendo em vista isto, pretendo explicar um pouco de como este programa é realizado no CS pesquisa em uma comparação entre dois períodos diferentes para entendermos como o HIPERDIA está funcionando ali atualmente.

a) HIPERDIA em 2011

Para entender como as pessoas que convivem com problemas de pressão começaram a fazer parte do HIPERDIA neste CS é necessário entender o que Fleischer (2013) chama de “circuito clínico”. As pessoas têm seu primeiro contato com o CS pelo “balcão de atendimento” para a marcação de consultas. Os funcionários do balcão orientam a pessoa à “sala de acolhimento”, local onde se aplica técnicas para o aferimento da pressão e do nível de glicose no sangue e quando há necessidade e também vaga, tais pessoas são encaminhadas ao “grupo de apoio”.

Segundo Fleischer (2013) em todas as etapas do “circuito clínico” existiam estratégias de controle da pressão, e esse controle era o principal serviço oferecido pelo CS. Este controle se baseava em outros fatores também como a pontualidade nas reuniões do grupo, obediência às prescrições médicas, consumo integral de medicamentos, eram comportamentos altamente valorizados pelos profissionais de saúde.

Segundo Bezerra (2011) o grupo do HIPERDIA acontecia na sala de reuniões do CS, uma sala localizada nos fundos do CS. Nesta sala havia várias cadeiras, uma mesa grande onde ficavam os prontuários e um móvel com uma televisão e aparelho de DVD. Tais reuniões contavam com grupos formados por 16 a 20 pessoas. Neles há um “ritual” a ser desenvolvido.

Segundo Fleischer (2013), este “grupo da pressão” começava por volta das 7h30. A equipe responsável chega um pouco depois, já com os prontuários daquele conjunto de pacientes. As pessoas têm, então, sua pressão sanguínea e/ ou glicose aferida e anunciada em voz alta e clara, uma a uma, na parte da frente da sala. Essas informações eram anotadas nos prontuários que depois eram organizados por ordem de chegada e de idade das pessoas. Os prontuários são, então, entregues ao clínico que estiver atendendo naquele dia. Ele chama a primeira pessoa da fila que, na saída do consultório, já chama a seguinte. Depois da consulta, as pessoas geralmente seguem à farmácia do Centro de Saúde, para a retirada dos medicamentos de costume.

Esse ritualizado “circuito clínico” acontece a cada trimestre e a cada quadrimestre no caso das pessoas com diabetes e hipertensão, respectivamente, e deve ser seguido à risca como condição para receber tratamento e alcançar os medicamentos (FLEISCHER, 2013, p.457).

Caso as pessoas faltassem às reuniões e não justificassem suas faltas, elas corriam o risco de perder o benefício de fazer parte deste grupo. Fazer parte deste grupo incluía não precisar entrar em filas para marcar as consultas, que dava um aspecto de privilégio a essas pessoas em relação às outras que frequentam o CS, pois seria desnecessário passar a madrugada na fila de marcação de consultas, por vezes em pé, como ouvi em muitas das conversas nos bancos do corredor de espera do CS. A próxima consulta era marcada ao final de cada uma e as pessoas que fazem parte do HIPERDIA tinham direito a medicamentos gratuitos distribuídos na farmácia do CS.

b) HIPERDIA em 2014

Em meu primeiro dia em campo pude conhecer em conjunto à equipe de pesquisa um pouco das imediações do CS como o balcão de atendimento, o toldo externo que abriga o grupo de ginástica, o ponto de encontro comunitário (PEC), os corredores, bancos de espera e a farmácia.

No primeiro dia de pesquisa, a diretora nos contou que o grupo de apoio não estava acontecendo como anteriormente, como acontecia em 2011. Segundo ela, o quadro de funcionários do CS estava reduzido devido à aposentadoria e licença de alguns deles.

Tendo em vista que as reuniões não estavam acontecendo, agora as pessoas entravam no CS, se dirigiam ao balcão de atendimento, entregavam um papel com seus níveis pressóricos de aferições anteriores, sentavam num banco localizado no corredor e esperavam ser chamados por uma enfermeira para aferir sua pressão na sala de acolhimento. O atendimento acontecia de acordo com a ordem de chegada, os mais velhos tinham prioridade nesta ordem.

Segundo Bezerra (2011) a “sala de acolhimento”, que fica ao lado do balcão de atendimento, era procurada pelas pessoas para a resolução de diversos tipos de problemas. Era palco para outras situações, além das medições. Muitos queriam tirar uma dúvida, ou confirmar suas consultas e saber que horas os médico/as estariam presentes no CS.

2. O ritual do encontro clínico no Centro de Saúde

Neste “circuito clínico” discutido por Fleischer (2013) e Bezerra (2011), não há um aprofundamento do encontro entre médico/as e pessoas que convivem com problemas de pressão. Agora começo a descrevê-lo, com base em minha pesquisa realizada especificamente nos consultórios. Começo apresentando uma breve biografia dos médico/as.

O médico tinha por volta dos 50 anos, cor de pele branca, nordestino, formado em uma Universidade Federal localizada no Nordeste, com mais de 30 anos de formação. O médico chegou a Brasília por volta do final dos anos 90, anteriormente a sua chegada em Brasília trabalhou no interior de Minas Gerais e no Nordeste. Nestas regiões ele fazia uma medicina generalista comunitária. Segundo ele nestes locais atendia como clínico geral e fazia pequenas cirurgias e partos, pois não havia profissionais da saúde nesse sentido. O médico trabalhava há mais de dez anos nesse CS.

A médica era jovem, também de tez branca, com cerca dos 30 anos. Formada a três anos em Minas Gerais. Já havia trabalhado em uma clínica ocupacional, onde distribuía atestados médicos, exames admissionais e demissionais. Depois, prestou um concurso para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e foi efetivada no CS após seis meses, em 2014.

O consultório tinha duas portas, uma que dava acesso aos funcionários e outra que dava acesso ao público, como visto na Figura 2, no último capítulo. Sempre que adentrava os consultórios me sentava ao lado dos médicos, o que pode causar um cenário hierárquico, por eu estar, assim como os médicos “do outro lado da mesa”, do lado sagrado da relação, tendo em vista a demarcação entre sagrado e profano proposta anteriormente. A mesa divide a separação da hierarquia no consultório. É necessário entender que há um “ritual” que envolve a consulta, acompanhando-as percebo que os profissionais da saúde seguem um modelo, assim como nos rituais.

Segundo Rodolpho (2013), quando pensamos na palavra ritual podemos remeter à ideia de algo formal e arcaico, algo feito para celebrar momentos especiais, como ritos de passagem ou podemos pensar em rituais ligando tal termo à esfera religiosa, culto ou missa. Porém é preciso compreender que nossa sociedade contemporânea também tem seus rituais. Os rituais expressam formas convencionais e estilizadas para organizar certos aspectos da vida social. “Os rituais, nesse sentido, concedem autoridade e legitimidade quando estruturam e organizam as posições de certas pessoas, os valores morais e as visões de mundo” (RODOLPHO, 2013, p. 139).

A autora elucida que os rituais executados repetidamente concedem certa segurança pela familiaridade com que as pessoas têm com as sequências rituais, já sabem o que vai acontecer, partilham sentimentos, tem uma sensação de coesão social. Tal familiaridade deve ser pensada no caso do encontro clínico, as pessoas que conviviam com os problemas de pressão criam expectativas e sabiam como se dava este encontro, o que o médico/a falaria, quais exames pedia, o momento em que daria a receita, etc. As consultas seguem um padrão ritual.

O ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica. Ele é constituído de seqüências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios. Estas seqüências têm conteúdo e arranjos caracterizados por graus variados de formalidade (convencionalidade), estereotipia (rigidez), condensação (fusão) e redundância (repetição). A ação ritual nos seus traços constitutivos pode ser vista como “performativa” em três sentidos; 1) no sentido pelo qual dizer é também fazer alguma coisa como um ato convencional [como quando se diz “sim” à pergunta do padre em um casamento]; 2) no sentido pelo qual os participantes experimentam intensamente uma performance que utiliza vários meios de comunicação [um exemplo seria o nosso carnaval] e 3), finalmente, no sentido de valores sendo inferidos e criados pelos atores durante a performance, [por exemplo, quando identificamos como “Brasil” o time de futebol campeão do mundo] (PEIRANO, 2003, p. 11).

Em um ritual devemos pensar na categoria de representação social. Na concepção de Durkheim (1995) a representação social é “produto de uma imensa cooperação”, pois se origina das relações que se estabelecem entre os indivíduos dentro do grupo ao qual participam, sendo necessário manter certo consenso e uma autoridade sobre os indivíduos. Tal representação só adquire sentido dentro de uma concepção de realidade enquanto construção social. As experiências de indivíduos são compartilhadas e transmitidas a um grupo, no caso o grupo médico pelo processo de socialização.

Utilizo-me da também da teoria de Goffman (2011 [1959]) para pensarmos o encontro clínico como drama social, que é uma representação realizada por atores contracenando entre si por meio de um papel predeterminado e previamente preparado para este fim. O autor afirma que a realidade social é análoga a uma encenação teatral, onde cada ator social, no caso os médico/as e as pessoas que convivem com problemas de pressão têm uma posição, falas e ações estipuladas de acordo com o contexto social em que se encontram, tem certo papel a exercer.

Tais atos e falas no ritual do encontro clínico seguem uma seqüência preestabelecida. As consultas diferenciam-se de acordo com o profissional da saúde, mas têm pontos em comum, como pude perceber etnografando consultórios. Cabe ressaltar que esse ritual varia se for a primeira consulta ou se é uma consulta de rotina, a maioria das consultas que observei eram consultas semestrais, de rotina.

Pretendo demonstrar os dois tipos de consultas, começo pela consulta de primeira vez, com um paciente que não convive com problemas de pressão para elucidar como tal ritual se dá na prática do fazer biomédico, pois ao decorrer da etnografia não tive oportunidade de ver este primeiro contato com as pessoas que convivem com problemas de pressão. Todos vinham para as consultas de rotina do HIPERDIA.

2.1 Ritual da consulta de primeira vez

Conversando com a médica antes das consultas daquela manhã, pergunto se ela segue algum tipo de modelo ou roteiro durante as consultas. Ela me responde:

Roteiro em si não, mas quando é a primeira vez do paciente, é a primeira consulta, eu colho mais informações, o histórico do paciente, os precedentes, se ele usa algum remédio, se tem alergia a algum remédio, se já fez alguma cirurgia, quais problemas de saúde que já teve. É uma consulta mais demorada. Aqui no CS a maioria das pessoas que atendo já são conhecidas, aí eu já sei as doenças que a pessoa convive, já tenho o diagnóstico, então a consulta é mais rápida, geralmente eles vêm pra trocar receita, ou pra trazer novos exames. Na primeira consulta a gente faz anamnese completa, nas consultas em que o paciente está retornando eu me baseio mais nas queixas.

Segundo Aciole (2014) a primeira parte da consulta é baseada na realização de um interrogatório dirigido à obtenção de informações, cujo raciocínio lógico se baseia numa taxonomia de doenças. Assim se estabelece um significado para o conjunto de informações colhidas no interrogatório e se define os procedimentos para a intervenção clínica. A segunda parte da consulta se refere à utilização dos sentidos, como o tato, a visão e a audição, em procedimentos como palpação, percussão e ausculta, que buscam acrescentar outras informações que colaborem com o raciocínio iniciado pela anamnese.

Para demonstrar como acontece este ritual inicial, elucido uma consulta que observei no dia 30/09/14. Cabe ressaltar que no começo de toda consulta a médica apresentava minha pesquisa para pessoa que iria se consultar e perguntava se autorizava ou não a minha presença no consultório. Neste caso tive a autorização.

Entra no consultório uma pessoa do sexo masculino, aparentando ter uns quarenta anos. Ele se senta na cadeira em frente à mesa da médica e a consulta começa. Utilizo a letra “M” para as falas da médica e “P” para a pessoa que está se consultando.

M: Qual é o motivo da consulta?

P: Estou com uma dor no peito, no lado direito, a dor começou no domingo.

M: Você toma algum remédio? Já fez alguma cirurgia? Tem alergia a algum remédio?

P: Não.

M: A dor demora quanto tempo?

P: Entre dez e vinte minutos.

M: Junto com a dor sente o que?

P: Cansaço.

M: O intestino está funcionando normalmente?

P: Sim.

M: Você foi em algum pronto de socorro ver essa dor no peito?

P: Não.

A médica pega o esfigmomanômetro em uma pequena bolsa que fica em cima de sua mesa, a qual tem uma série de aparelhos utilizados na consulta. Ela coloca o aparelho digital no pulso da pessoa, enquanto o aparelho afere a pressão, ela anota no computador a queixa principal. A médica olha o aparelho da pressão e diz que a pressão está normal.

M: Quando você respira dói?

P: Não.

Ela pega outro aparelho na bolsa e coloca no dedo da pessoa para ver a frequência cardíaca dele, espera um pouco, olha um visor digital e diz que está tudo normal. A médica se levanta e pega o estetoscópio e o posiciona em cima do local que a pessoa diz sentir dor. Ela pede para ele respirar, após isto posiciona o aparelho nas costas do paciente e pede para ele respirar de novo. Segundo Ferreira

(1993) tal técnica recebe o nome de ausculta, a semiologia da ausculta é extremamente rica, existem nomenclaturas e classificações para cada tipo de som encontrado na ausculta pulmonar ou cardíaca.

Após isso, a médica pede para que ele suba na maca e se deite. Levanta a blusa da pessoa e apalpa a barriga, onde começa a dar leves batidas. Ela pede para ele voltar a se sentar na cadeira. A técnica da apalpação utiliza basicamente o sentido do tato do médico, que através de um aprendizado na sua iniciação nas faculdades e universidades passa a reconhecer as características normais, bem como as alterações nos órgãos. A médica se senta em sua cadeira e volta a fazer perguntas para tentar identificar por meio dos sintomas a possível doença.

M: Você anda defecando normalmente?

P: Sim.

M: Não parece ser nada relacionada ao coração, sua pressão está boa e seus batimentos cardíacos também. Vou pedir alguns exames e caso sinta esta dor de novo procure a emergência. Você trabalha?

P: Não.

M: Quando você come a dor fica mais forte?

P: Não.

Ela disse que passaria um remédio para dor e que também já pedira os seus exames pelo computador. Ela pediu para quando ele saísse do consultório, fosse ao laboratório marcar o exame. E assim acabou a consulta, a pessoa se levantou, abriu a porta e chamou a próxima pessoa a se consultar.

2.2 Ritual da consulta de rotina

Saber qual é o nível pressórico tido pelas equipes biomédicas como alto é essencial para o entendimento do encontro clínico. Hipertensão Arterial alta é definida quando a pressão arterial sistólica está maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão

fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006). Popularmente falando a pressão alta seria 14 por 9.

Agora começo a discorrer acerca do ritual principal dessa etnografia- o encontro clínico com pessoas que já convivem com problemas de pressão. A consulta começava pelos cumprimentos, buscava-se depois saber como a pessoa estava e o nível pressórico. O/A médico/a tinha acesso prévio ao prontuário no computador, onde tinham acesso também ao diagnóstico, aos remédios que a pessoa fazia uso, ao histórico clínico e aos últimos exames realizados no CS.

Após isso, se estivessem prontos e disponíveis os exames eram lidos, analisados e explicados as pessoas. Em seguida, o médico/a perguntava quais são os remédios utilizados e se a pessoa fazia uso deles. O médico/a pergunta se as pessoas estão seguindo as recomendações que devem ser seguidas para o controle da pressão alta, pergunta a elas se estão sentindo mais alguma coisa, outras queixas não relacionadas à pressão alta.

O prontuário das pessoas é *online*, acompanhando as consultas pude ver que o prontuário se organiza da seguinte forma - Anamnese (escrito em negrito e em letras maiores no topo da página), em seguida existem locais para anotar a “queixa principal”, “exame físico”, “hipótese diagnóstica” e “conduta”.

Tal modelo de consulta apresentado anteriormente não é estático, mas na maioria das consultas os elementos apresentados fazem parte do ritual do encontro clínico observado neste CS. Como o encontro clínico com pessoas que convivem com pressão alta trata-se de uma rotina já estabelecida e naturalizada pelas duas partes, o diagnóstico já existia (embora isso não significava que a pessoa se visse como “doente”). O ritual nas consultas de rotina se dá em torno das recomendações médicas para o controle da pressão.

Uma grande ênfase é dada aos profissionais de saúde como tendo importância crucial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e na conduta terapêutica, quer nos esforços para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento proposto. A manutenção da motivação no paciente é de

fundamental importância para o não abandono do tratamento (BRASIL, 2006, p.9).

Tais recomendações, que visam informar e educar as pessoas que convivem com problemas de pressão, giram em torno de três pontos principais: medicamentos, atividade física e dieta (alimentação), observadas na maioria das consultas. Em uma consulta o médico disse em tom didático: “Cuidar da pressão alta é assim, é remédio, atividade física e dieta [...] tratar pressão alta é sentar numa cadeira de três pernas, se tira uma perna ela não fica em pé”. As recomendações básicas preconizadas pelo Ministério da Saúde eram traduzidas pelo médico como a “teoria da cadeira de três pernas”.

O principal objetivo do tratamento da hipertensão é a redução na mortalidade. A mudança no estilo de vida das pessoas diagnosticadas com esta doença é essencial no processo terapêutico. Em conjunto ao tratamento medicamentoso a alimentação deve ser readequada ao novo quadro clínico, sobretudo no que diz respeito ao consumo de sal, o controle do peso, a prática de atividades físicas, o controle do tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores que devem ser repensados nesta nova realidade das pessoas com hipertensão arterial sistêmica para o alcance de níveis pressóricos recomendados (BRASIL, 2006).

Pretendo apresentar agora o processo ritual da consulta utilizando de uma passagem do meu diário de campo de uma consulta. A maioria das pessoas atendidas já era conhecida pelo/a médico/a, por vezes conheciam até seus familiares. Utilizo a letra “M” para as falas do médico e “P” para a pessoa que está se consultando.

Essa em específico explicita todos os elementos da “teoria da cadeira”. Como de costume chego por volta das 7h, encontro os outros membros da equipe de pesquisa e me dirijo aos fundos do CS, vou em direção ao consultório e pergunto ao médico se posso acompanhar a consulta em companhia de alguém da equipe. Nesta consulta estava acompanhado de Mayara Albuquerque, o médico concorda com a nossa presença.

Entra no consultório uma moça que aparentava ter 35 anos, cabelos pretos longos, usando uma calça de ginástica e uma blusa branca. Escolhi também esta consulta para demonstrar ao leitor que não só os idosos convivem com problemas de pressão e que as recomendações valem tanto para idosos quanto para os mais jovens.

Anteriormente ao começo da consulta propriamente dito, o médico explica quem somos, e fala um pouco acerca da pesquisa, perguntamos se a pessoa nos autoriza a acompanhar a consulta e neste caso a pessoa responde afirmativamente.

M: Como está?

P: Bem doutor.

M: Ela está com a pressão muito boa, ela está se cuidando mais. Você está fazendo tudo o que precisa? [Ele vê o índice pressórico no prontuário eletrônico no computador, que foi aferido na sala de acolhimento anteriormente à consulta].

P: Sim.

M: Alimentação, exercícios?

P: Alimentação sim, exercícios tem sido difícil, pois estou com filho pequeno em casa.

M: Está tomando Hidroclorotiazida e Atenolol né? [Ele fala isso olhando para o prontuário eletrônico no computador].

P: Esses mesmos, depois que mudei o remédio fiquei bem melhor.

M: Os exames [fala olhando para o computador], ácido úrico normal, rins normais, colesterol normal, triglicerídeos elevado, mas de um modo geral seus exames estão muito bons. Você toma Atenolol 50mg?

P: Sim, mas queria mudar pra o de 25 mg, para poder pegar na farmácia popular.

M: Aqui no CS não tem?

P: Nunca, aí eu pego na farmácia popular, mas lá eles pedem o endereço na receita.

M: Está sentindo mais alguma coisa?

P: Não doutor.

M: Qual seu endereço?

- P: XXXXXXX [Omitido por sigilo].
- M: [O médico entrega a nova receita que tem validade de seis meses na farmácia do CS e quatro meses na farmácia popular, onde as pessoas cadastradas no programa HIPERDIA pagam somente 10% do valor total do medicamento]. Evite sal, gordura, fritura e mantenha a conduta. Tem verificado a pressão?
- P: Todos os dias.
- M: Você tem aparelho em casa?
- P: Tenho sim.
- Mayara: Você ficou com pressão alta devido à gravidez?
- P: Sim, no meu primeiro filho, tinha por volta dos 24 anos [...] Tenho três filhos, mas um morreu por causa da minha pressão alta, estava 20 por 12. Tenho um casal agora.

Como podemos ver o ritual da consulta de rotina, que era a mais frequente no caso das pessoas que convivem com problemas de pressão diferia do ritual da consulta de primeira vez. A fala dos pacientes ao responder se estavam seguindo as recomendações e os exames era fator de extrema importância para o médico pressupor se a pessoa segue as recomendações propostas pelos médico/as. A consulta girava em torno de confirmar se a pessoa que convivia com pressão alta estava fazendo uso dos medicamentos recomendados, os exames eram analisados a cada retorno e o médico/a perguntava se a pessoa estava seguindo a dieta e fazendo exercícios físicos.

2.3 Ritual da consulta de rotina sem internet no Centro de Saúde

Em todas as consultas de rotina o/a médico/a está tentando identificar se as pessoas que convivem com pressão alta seguem as recomendações, seja por meio de suas falas, exames e taxas da pressão. Cabe ressaltar que em algumas consultas pude observar que o CS estava sem internet ou o sistema saía do ar dificultando assim o encontro clínico.

O prontuário *online* é essencial na consulta, os exames ficam arquivados juntamente com os níveis pressóricos aferidos a cada consulta, mas como interpretar tais dados se o sistema está fora do ar ou não está funcionando? A relação médico/a-pessoas que convivem com problemas de pressão muda intensamente quando o/a médico/a não têm acesso ao prontuário *online*.

A médica no caso em que o sistema não estava funcionando, disse que passava todos os dados das consultas diariamente para um arquivo doc. no computador, para ter como realizar a consulta caso não tivesse acesso aos prontuários *online*. O médico não tinha esta atitude, o que dificultava sua consulta caso a internet não estivesse funcionando no dia. Nesses casos o médico perguntava quanto estava o nível pressórico da pessoa, se a pessoa estava com a receita ou sabia os remédios que estava utilizando, se a pessoa estava com o exame em mãos e se seguia as recomendações para controle da pressão alta.

Utilizo-me de algumas passagens do meu diário de campo para elucidar como se dá a relação em uma consulta do médico nesse novo cenário:

M: O que você está sentindo?

P: Nada.

M: Trouxe a receita?

P: Não, mas estou com uma aqui, vê se serve [a senhora entrega receita para o médico].

M: Essa aqui não serve, esse é o problema da pressão, não posso fazer uma nova receita se o sistema não estiver funcionando, só se a pessoa trazer a receita.

Soraya: A senhora mora em que quadra?

P: Na X, vou ir lá buscar então doutor [Omitido por sigilo].

M: Vai lá buscar mulher, aí quando chegar você é a próxima.

A senhora se levanta e vai em casa buscar a receita.

Após o médico ter atendido três pessoas a senhora retorna e senta-se.

P: A moça que trabalha lá em casa jogou fora a receita doutor, mas eu trouxe os remédios que tomo.

- M: Muito bem, foi inteligente.
- P: Estou bem, só com excesso de peso.
- M: Bem que podia doar né?
- P: Essa doação ninguém quer. Me deram uma menina pra cuidar, agora não tenho mais tempo. Minha nora deixa a filha pra eu cuidar.
- M: [O médico pergunta como a senhora toma os remédios um a um e ela responde. O médico pergunta o endereço da senhora, anota na receita, anota os medicamentos que ela utiliza e entrega a ela]. Você toma Sinvastatina 40, Enalapril 20, aqui no Centro de Saúde não tem, aí você toma dois pela manhã e dois a noite.
- P: Um doutor. Um pela manhã e um pela noite.
- M: Isso mesmo. Está tendo cuidado com a comida?
- P: Tem que ter responsabilidade com os nossos atos né?
- M: Ok. A senhora pode chamar a próxima pessoa da fila?

Como podemos ver por meio da consulta anterior o médico não teria como dar uma nova receita para a senhora caso ela não estivesse com a antiga receita em mãos, ele também não tem acesso aos exames. O médico me diz anteriormente ao começo das consultas do dia: “Hoje estou sem sistema, o Governador não pagou a conta da internet, eu não consigo ter acesso aos prontuários dos pacientes. Eu espero que as pessoas estejam com suas receitas em mãos, para eu poder ver quais são os remédios os pacientes tomam”.

2.4 Diferenças nas consultas do médico e da médica

Na maioria das consultas da médica as pessoas que conviviam com problemas de pressão diziam estar seguindo as recomendações e estavam com a pressão abaixo da considerada alta e os exames não indicavam nenhuma taxa alta, principalmente a do colesterol que indicaria que as pessoas não estariam seguindo suas dietas e estariam comendo comidas gordurosas.

Segundo a médica “é difícil guardar os rostos dos pacientes, pois entram muitos pacientes no consultório durante o mês, o fluxo é muito grande”. Ela ressalta

que só lembra da pessoa quando o caso é marcante, até porque ela está por volta de dois anos no CS.

Essa é uma diferença essencial nas consultas do médico e da médica. A médica trabalha há dois anos no CS e tem pouco tempo de relacionamento com as pessoas que convivem com problemas de pressão. Todas as consultas observadas eram mais rápidas do que as do médico. Nas consultas da médica, não percebi um interesse em saber mais particularmente sobre as pessoas e não vi as pessoas falarem sobre suas vidas para a médica.

Para elucidar a rapidez da consulta de troca de receita nas consultas da médica, utilizo-me de uma passagem do diário de campo:

M: Qual o motivo da consulta?

P: Vim marcar meus exames de rotina e trocar a receita dos remédios da pressão. Você também passou dois remédios na última consulta pra minha pressão.

M: [A médica olha o nome dos remédios no prontuário online no computador]. Foi o Losartan e Natrilix né?

P: Sim. Minha pressão está boa pra quem está com 85 anos. Minha família tem a saúde muito boa, tenho um irmão com 75 anos, o mais velho tem 105 anos, meu pai morreu com 110 anos e tenho uma tia com 110 anos. Sempre estou com os exames bons.

M: [A médica começa a prescrever a nova receita com os remédios indicados]. Qual o endereço do senhor para eu colocar aqui na receita?

P: XXXXXX [Omitido por sigilo].

M: Marquei novos exames, é só passar no laboratório do CS e marcar. Chama o próximo paciente pra mim quando sair.

Nas consultas do médico outros assuntos surgiam que não só relacionados ao controle da pressão alta. Como, por exemplo, vida sexual, assuntos familiares, pedidos de Viagra, conversas sobre a falta de reagente no laboratório para fazer exames, dentre outros tipos de conversas.

O médico lembrou de um pedido de viagra para a médica: “Um paciente um dia chegou dizendo que não teve coragem de pedir vitamina (viagra) para a médica, pois não a conhecia direito, ficou envergonhado. Eles não se abrem assim de primeira, se for mais antigo o paciente, melhora a relação com o médico”.

Conversas sobre as eleições eram recorrentes e algumas pessoas chegavam até a perguntar em que deveriam votar, dando a entender que o médico era alguém mais “sábio” e que poderia ajudar-lhes em uma melhor escolha de quem votar. Algumas pessoas falavam que iriam presentear o médico no natal por ele ser atencioso, ouvi-los, enfim, ser um bom médico na visão das pessoas que convivem com problemas de pressão.

Pude perceber que ter um contato por vários anos com o mesmo médico melhora a relação médico/a- pessoas que convivem com problemas de pressão. Assuntos pessoais surgiam nestas consultas. Eu perguntei ao médico: “Conhecer o paciente há muito tempo melhora a relação com os pacientes?” O médico respondeu: “Melhora sim, eu recebo até alguns presentes dos pacientes: queijos, mel, azeite de babaçu”.

Neste capítulo tentei demonstrar por meio do ritual da consulta que um “pacto” é firmado entre duas partes dessa relação, sempre girando em torno da “teoria da cadeira”. A consulta gira em torno das recomendações referentes aos medicamentos, exercícios físicos e alimentação. Os médicos esperam que as pessoas que convivem com os problemas de pressão sigam à risca tais recomendações.

Demonstrei também neste capítulo algumas diferenças entre as consultas do médico e da médica. O tempo de convivência com o/a médico/a é fator essencial nesta relação, uma maior proximidade acontece caso a pessoa seja atendida por vários anos pelo/a médico/a. As consultas mais rápidas tem ligação também com o tempo em que a pessoa é atendida pelo/a médico/a, as consultas mais demoradas eram as do médico, que atende as pessoas há mais tempo.

CAPÍTULO 2

Uma tipologia das pessoas que convivem com problemas de pressão a partir do encontro clínico

Neste capítulo pretendo apresentar uma tipologia de pessoas que convivem com problemas de pressão. Analisando as consultas pude ver algumas regularidades e separei as pessoas que convivem com problemas de pressão em grupos para facilitar o entendimento do leitor. Cabe ressaltar que os médicos também fazem uma tipologia das pessoas que convivem com problemas de pressão, para entendermos tal classificação médica utilizo-me de alguns pensamentos de Boltanski.

Boltanski (2004) é um clássico para se pensar a relação entre o/a médico/a e o doente. Ele elucida que esta relação sempre será também uma relação de classe e que tal relação cria uma distância social principalmente em relação às classes populares. Cabe ressaltar que sua pesquisa foi feita nos anos 60 na França, mas que se adequa até os dias atuais. Como a maioria das pessoas que frequentavam o CS eram de classes de baixa renda, sua teoria nos ajuda a pensar o consultório médico.

O próprio discurso do/a médico/a no consultório cria uma distância social intensa, pois tais profissionais não fazem parte da mesma classe social das pessoas que convivem com problemas de pressão. O fato do/as médico/as terem conhecimento dos termos técnicos, exames, nomes dos remédios cria uma assimetria na relação entre eles durante a consulta. Boltanski (2004) retrata que os doentes sem ter conhecimento técnico sobre suas doenças por vezes assumem discursos imitativos, tendo em vista o que é ouvido nas consultas.

Como não possuem os critérios específicos que lhes permitiriam medir a competência profissional do médico, os membros das classes populares só podem avaliá-los em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a “amabilidade”, a “boa vontade”, a “complacência” (BOLTANSKI, 2004, p.34).

Nesse sentido, ao decorrer da pesquisa pude constatar alguns elogios principalmente em relação ao médico que demonstram os critérios utilizados de acordo com a relação que têm na consulta: “sabe lidar com idosos”, “atencioso”, “escuta o que temos a dizer”, “demora mais nas consultas”, “quer saber de tudo”, “conversa bastante com a gente”, “não é grosso, sabe falar com a gente”, “olha para as pessoas”, “me cumprimenta quando entro no consultório”, “me conhece de muito tempo, sabe meu nome e sobre a minha família”, “se preocupa com o paciente”, “dedicado”, “pergunta se estamos fazendo tudo certinho”, “é o médico mais certo porque a gente está sempre aqui”, “é um anjo”, “é uma benção”. Tais critérios definiriam algumas características de “bom médico/a”, não passando exatamente pelo conhecimento biomédico deste/a último/a.

Boltanski (2004) lembra que a atitude do médico modifica dependendo da classe social. Pensando nessa “confissão” da mudança comportamental da classe médica segundo classe social, isto implicaria em contradizer os princípios de uma ética médica, na qual todos os doentes deveriam se tratados igualmente, independente de sua classe social. Para além destas classificações sociais, os médicos também classificam os doentes de acordo com diferenças psicológicas, de acordo com a “natureza do doente”.

Como a percepção que o médico tem do doente opera-se naturalmente através de tais categorias, sua experiência cotidiana não apenas nunca desmente a legitimidade da tipologia que recebeu durante a educação médica e que herdou de seus antecessores, mas ainda a reforça, exemplificando-a (BOLTANSKI, 2004, p.41).

Os pacientes eram classificados pelos médicos franceses em alguns tipos: psicopatas, desprovido de inteligência, pacientes que não compreendem as questões mais evidentes, doente que interpreta o que diz o médico. De acordo com o autor, através do interrogatório do médico nas consultas era possível recolher informações acerca do doente para definir um “tipo psicológico e social” a qual o doente pertence. No caso específico do CS, tais classificações giram em torno principalmente da “teoria da cadeira”. Inspirado pela tipologia observada por Boltanski, vejamos o que surgiu nas consultas do CS.

1. A “teoria da cadeira de três pernas”

“Tratar pressão alta é sentar numa cadeira com três pernas, se tira uma perna ela não fica em pé” (Médico). Segundo esse expoente da Biomedicina, o controle da pressão alta gira em torno da utilização correta dos remédios, mudança na alimentação e prática de exercícios - três aspectos distintos e fundamentais no controle da pressão. Ouvi o médico dizer a uma pessoa no consultório: “Depois do diagnóstico, o ideal seria a pessoa mudar de identidade, até de nome ela deveria mudar. Sabe por quê? Porque ela tem que mudar tudo na vida dela”.

No decorrer das consultas, o/a médico/a classificava as pessoas de acordo com a adesão ou não das recomendações feitas no consultório. Classificavam também de acordo com fatores psicológicos, físicos e outras características que elucidado por meio de passagens dos diários de campos.

Em uma das oportunidades de conversa ao final de uma manhã de consultas, eu perguntei ao médico: “Existem tipos de pessoas que você consegue perceber no consultório?” Ele respondeu: “Tem pacientes largados, relaxados, disciplinados, depressivos, sedentários, obesos, tem paciente que acha que tem uma coisa e é outra”. O médico explicou:

Paciente disciplinado é difícil não controlar a pressão. Tem um paciente que diz que faz tudo, toma o Diovan triplo, que é mais eficiente que o remédio normal e ainda assim não está com a pressão controlada. Aí a paciente deixa escapar que toma cerveja no final de semana, deixou escapar sabe, acho que não faz a dieta direito. E essa mulher têm dois filhos em tratamento comigo que tem pressão alta e eles disseram que tomam cerveja aos finais de semana, entregaram ela.

O/A médico/a diz que consegue saber se a pessoa está mentindo durante a consulta caso as pessoas falem que seguem todas as recomendações e os exames ou a pressão revele taxas elevadas que desmentem a pessoa.

Por mais que a pessoa fale, esta fala não é considerada, são os exames e as taxas pressóricas que dizem por ela, a médica em umas das conversas elucidada bem

esta visão: “Na hipertensão eu levo mais em conta as taxas do que as falas dos pacientes, porque a hipertensão é às vezes uma doença silenciosa, que não dá sinais”. O médico complementou: “Eu até ouço, mas vejo mais os exames, os números falam pela pessoa”.

2. Tipologia de pessoas que convivem com problemas de pressão

Ao todo, observei 126 consultas relacionadas aos problemas de pressão. A partir da análise destas consultas, notei que as pessoas eram de três tipos. Tendo em vista sua fala em relação às recomendações da cadeira de três pernas, os exames realizados e a taxa da pressão naquele dia da consulta.

O primeiro tipo de pessoas que convivem com problemas de pressão seria a pessoa tida como ideal, aquelas que seguem ou dizem seguir as recomendações do/a médico/a e os exames e a pressão e por coincidência ou não, estão dentro das margens esperadas dos médicos. Esse é o tipo esperado pelo/a médico/a. Das 126 consultas observadas 84 eram deste tipo, ou seja, a maioria.

Para melhor elucidar esta tipologia utilizo-me de uma passagem do meu diário de campo para exemplificar esta primeira tipologia. Entra uma senhora aparentando ter 60 anos, cabelos curtos e escuros, usava um óculos grande, daqueles utilizados após cirurgia de catarata, estava vestida com uma blusa roxa e uma calça branca. (Utilizo a letra “M” para falas dos médico/as e “P” para as pessoas que convivem com os problemas de pressão).

M: Como a senhora está?

P: Estou bem.

M: [O médico olha no computador e vê o nível pressórico da senhora]. A pressão está 12 por 8, pressão de criança, parabéns [o médico dá ênfase no parabéns].
A senhora está tomando todos os cuidados?

P: Sim.

M: [Após isto o médico olha os exames no computador]. Seus exames são de agosto de 2014, o colesterol estava em 200, hoje está excelente, está abaixo

do considerado ruim, no dia estava 165. Pelo que vi dos exames está tudo bem. A senhora está sentindo alguma coisa?

P: Não.

M: [O médico se levanta, pega o estetoscópio em sua gaveta e vai em direção à senhora auscultar o coração, após isso se senta novamente]. Com o coração está tudo bem. Está fazendo atividade física?

P: Sim, eu caminho bastante, mas nesse calor é difícil.

M: Não pode parar, tem que continuar. Nesse calor o ideal é tomar de dois a três litros de água. A senhora está bebendo muita água?

P: Eu tomo um garrafão de água.

M: De que tamanho?

P: 500 ml.

M: Muito pouco, tem que aumentar. A senhora trouxe a receita? [Ela entrega a ele os medicamentos que utiliza e ele começa a anotar uma nova receita com os mesmos medicamentos⁸. Ele entrega a receita a ela].

P: Tem como colocar o endereço na receita, pois não entregavam o remédio na farmácia popular se não tivesse o endereço.

M: Está acontecendo algo de errado nessas farmácias, o Ministério da Saúde arrouchou e mudou um pouco, acho que é por isso o endereço, as farmácias dificultam a distribuição de remédios.

P: Fazer o que?

M: Eu vou diminuir o número de remédios, você vai tomar só um agora. Marquei novos exames, passa lá no laboratório para pedir os exames.

P: Eu tenho alguns exames aqui que fiz pra cirurgia de catarata. [A senhora entrega os exames e o médico começa a interpretá-los].

M: O eletrocardiograma deu alterado, porém normal, o coração está funcionando direitinho, esses aqui estão todos normais. Está tudo bem, a única coisa para corrigir é a água.

⁸ Esta é a “troca de receitas”, ritual realizado pelos pacientes a cada quatro meses, mais ou menos, quando uma nova cópia da receita é escrita pelo médico/a. As receitas têm validade, sobretudo nas farmácias privadas. Esse é um ritual que merece ser estudado pela Antropologia com mais detalhamento.

Podemos ver por meio desta consulta que, quando o nível da pressão do paciente está dentro das taxas consideradas normais o/a médico/a sucessivamente parabenizava a pessoa como forma de um reforço positivo.

Quando os resultados dos exames estavam dentro das taxas aceitáveis, o/a médico/a não fazia um interrogatório acerca da teoria da cadeira. Ele/a só perguntava se a pessoa está seguindo as recomendações, não explicava o que a pessoa deveria fazer para manter a pressão dentro das taxas aceitáveis. Se as taxas estavam normais era sinal que a pessoa estaria seguindo todas as recomendações.

Como o médico interpretou que a senhora estava seguindo as recomendações prescritas e sua pressão se revelava controlada, o médico diminuiu o número de remédios. Esta era uma clara demonstração de como o ciclo de dívidas estava se cumprindo. Isto será analisado em detalhe no último capítulo. Nas próximas consultas, ele reveria novamente os exames e taxa da pressão para monitorar se a senhora continuava seguindo as recomendações e sua cadeira continuava com as três pernas plantadas no chão.

Este tipo é considerado ideal porque as pessoas seguiam as recomendações e só retornavam às consultas rotineiramente para trocar a receita, aferir os níveis pressóricos e ver seus exames. Por vezes, aproveitavam para falar de outras queixas não relacionadas aos problemas de pressão. As consultas desse tipo são geralmente mais rápidas. O pacto entre profissional e a pessoa é suave, fluido e constante. As expectativas dos dois lados eram cumpridas e não surgia conflito.

O segundo tipo era aquela pessoa que dizia estar seguindo todas as recomendações, mas os exames ou a pressão indicavam o quadro oposto. Nas 126 consultas, somente 22 são desse tipo. Uma consulta com este tipo de pessoa poderá ilustra melhor:

Entra no consultório um homem que aparentava ter por volta dos 50 anos, alto e aparentando ter por volta dos 90 kg. Ele estava vestindo uma camisa de gola polo salmão, uma calça azul e uma chinela de dedo.

M: Como você está?

P: Estou tomando um remédio chamado Bravan⁹ e Atenolol direitinho.

M: Você foi à nutricionista?

P: Perdi a consulta marcada com a nutricionista [fala com ar meio envergonhado].

M: Vou ter que mudar sua medicação, sua pressão está 16 por 20.

P: Estou caminhando, doutor.

M: Você está com 94 quilos, tem que perder um pouco, por isso te mandei pra nutricionista.

P: Eu já cortei muita coisa.

M: Você já está tomando Bravan, Atenolol e Amlodipina, não era pra pressão estar alta. [O médico olha o resultado dos exames no computador]. Glicemia está alta, gordura no fígado está elevada, colesterol alto. Você precisa perder peso e ir à nutricionista para ver isso. Vou marcar nova consulta com ela. [O médico levanta-se e pega o estetoscópio e ausculta o coração do senhor, após isto se senta novamente]. Vou te passar uma medicação para diminuir a glicose.

P: Você já passou o remédio.

M: Vou pedir dois exames pra ver se baixou a glicose. Eu não estou entendendo porque o remédio não está controlando a pressão.

P: Eu também não, a tarde minha pressão fica em 12 por 9.

M- Vou pedir um “mapa” para saber em que horário a pressão aumenta mais, aí você tomará o remédio neste horário. Já pedi seu exame de sangue pelo computador.

P: Continuo com o Bravan ou mudo pro Diovan? O Diovan custa R\$ 59 e o Bravan R\$ 23,30 com desconto da farmácia popular, pois eu tenho cadastro. Se eu não tivesse o cadastro, custaria R\$ 128.

M: Continua como está. Chame o próximo, por favor. Aqui sua nova receita.

⁹ O Bravan é um medicamento não disponibilizado pelo CS e segundo o médico é considerado um dos melhores para o controle da pressão alta.

Quando o senhor fecha a porta ao sair do consultório, o médico olhou para mim e Ana Clara, que estávamos juntos na sala e disse: “Paciente relaxado, não adianta explicar sabe, paciente não fala a verdade, só vai se cuidar quando tiver um infarto ou derrame. Ele está caminhando para a diabetes”.

Como podemos ver, o senhor disse que estava seguindo as recomendações durante a consulta. Mas o médico ao ver o nível pressórico e as taxas de hemograma, suspeitou e interpretou que ele não estava seguindo. As taxas estavam acima do considerado normal. Para o/a médico/a, o que mais valia era o que a pressão e os exames diziam. O depoimento das pessoas ficava em segundo plano. Era uma relação de desconfiança, mas de ambos os lados. O médico desconfiava do paciente e este dos remédios, do laboratório, do CS e ao final, em casos extremos, do/a médico/a.

Tais pessoas eram tidas como “relaxadas” por não seguirem as recomendações do/as médico/as. Como consequência, eram tidas como “mentirosas”. Os exames e a pressão agiam como se fossem um segundo agente que revelasse as “verdades” ao médico que a dieta, os exercícios e os medicamentos não estavam sendo seguidos.

O terceiro tipo é a pessoa que dizia não seguir todas as recomendações e os exames e a pressão confirmavam esta atitude. Nas 126 consultas observadas pude ver este tipo em 20 vezes.

Entra no consultório uma senhora de cabelos curtos, castanhos, usava óculos, estava vestindo uma blusa rosa. Utilizo-me do exemplo da consulta:

M: Como está?

P: Bem.

M: Quais os remédios que você está tomando? [A senhora abre uma sacola, vai tirando os remédios e colocando em cima da mesa]. Ela trouxe os remédios viu? Essa é do jeito que eu gosto [fala me olhando].

P: Minha pressão não abaixa.

M: Quantos remédios você toma?

P: Três. Aliás, dois remédios. Estou com a memória ruim, é tanto comprimido que dói meu estômago.

M: Está tomando os remédios para pressão e colesterol?

P: Sim.

M: Além dos medicamentos, você está fazendo dieta?

P: Estava fazendo no começo, mas agora estou fazendo uma dieta normal. [O médico me olha neste momento com um olhar de reprovação]. Eu faço comida para todos os que moram comigo, não faço comida separada pra mim, aí coloco sal na comida.

M: Tudo errado. Se você ensina seus filhos a comer com sal eles vão ter pressão alta. Que óleo você usa?

P: Uso qualquer um, geralmente o que está na promoção.

M: Tem que utilizar óleo de girassol, milho ou canola. Vou passar mais um remédio para pressão. Você está com 63 anos, deveria estar abaixo de 14 por 8 e está 16 por 10, já tem risco de derrame e infarto. [O médico olha os exames no computador]. Tem um negócio te entregando aqui, a taxa normal de triglicérideo é 50 e a sua está 270. Você não deve estar fazendo a dieta corretamente, tem que cortar arroz e gorduras e o melhor remédio para isso é emagrecer. Deve voltar a fazer atividade física e fechar a boca.

P: Então a única coisa que deu aí é isso e pressão, o resto tá tudo bem.

M: Você pode tomar todos os remédios juntos, tomando leite, após a janta e evite café preto.

P: Onde tem café branco? [Senti ironia em sua fala].

M: Tem café com leite, café descafeinado, café faz o estômago doer. Aumentei qual remédio?

P: Atenolol né?

M: Sim, é pra fazer exercício físico.

P: Eu sou lenta pra isso. Eu faço muita coisa errada.

M: Se for fazer tudo certo a gente fica doído. A senhora chama o próximo, por favor?

Como podemos ver este terceiro tipo de pessoa segue poucas recomendações da “cadeira de três pernas”. Tendo em vista que a pressão da senhora estava alta, e o colesterol estava acima da taxa considerada normal, o médico julgava ter a certeza de que ela não seguia as recomendações.

Nesse caso, a senhora confirmou que não seguia a dieta prevista, comia sal e não fazia os exercícios físicos. A única recomendação que ela dizia seguir era utilizar os medicamentos. Como a senhora não estava seguindo as recomendações corretamente, o médico aumentou o número de remédios de sua lista. E fez questão de repetir as recomendações, dar broncas e fazer sugestões, como o tipo de óleo que ela deveria utilizar para cozinhar.

O médico ainda lançava o argumento da possibilidade de um derrame ou infarto. Mas ele não deu atenção às dificuldades que ela apresentou: não sabia dizer os nomes dos remédios, confundiu-se com o número de fármacos, reclamou da memória, dor de estômago, cozinhou para toda família, não tinha condições/tempo/disposição para fazer isso em panelas “separadas”¹⁰, tinha orçamento apertado (alusão ao óleo escolhido), não gostava de se exercitar. Ele não quis investigar nenhum destes aspectos para entender suas razões.

Neste capítulo tentei elucidar os tipos de pessoas que convivem com problemas de pressão, elas podem ser divididas em três, de acordo com a adesão ao tratamento proposto pelo/a médico/a. O primeiro tipo dizia seguir as recomendações e os exames e a pressão por coincidência ou não estavam dentro das margens esperadas pelo/a médico/a. Quando o nível da pressão está dentro das taxas consideradas normais o/a médico/a sucessivamente parabenizava a pessoa como forma de um reforço positivo e não fazia um interrogatório acerca da teoria da cadeira de três pés.

¹⁰ Algumas pessoas cozinham em panelas separadas ou juntas, uma panela com a comida sem sal e outra com a comida para as outras pessoas da casa ou então a mesma panela para todos da casa.

O segundo tipo dizia seguir as recomendações durante a consulta. Mas o médico ao ver o nível pressórico e as taxas de hemograma, suspeitou e interpretou que ele não estava seguindo. Tais pessoas eram tidas como “mentirosas” ou “relaxadas”. O que mais valia era o que a pressão e os exames diziam. O depoimento das pessoas ficava em segundo plano.

O terceiro tipo dizia não seguir todas as recomendações e os exames e a pressão confirmavam esta atitude. Este tipo de pessoa segue poucas recomendações da “cadeira de três pernas”, que é elemento essencial na relação médico/a-pessoas que convivem com problemas de pressão. O médico aumentava o número de remédios caso a pessoa não seguisse as recomendações e fazia questão de repetir as recomendações, dar sugestões e broncas. O médico fazia questão de reforçar a “teoria da cadeira” principalmente para as pessoas do tipo 2 e 3.

Tendo em vista esta classificação, no capítulo seguinte analisarei a relação entre médico/a-pessoas que convivem com problemas de pressão. Procuro demonstrar se seguir ou não às recomendações, muda ou não a forma de tratamento das pessoas no consultório.

CAPÍTULO 3

As relações de troca no encontro clínico

1. A dádiva

A dádiva, conceito cunhado por Mauss (1974) foi uma constante durante toda etnografia. Tal conceito é de extrema importância para entender melhor a relação entre médico/a-pessoas que convivem com problemas de pressão.

Para entender este conceito é necessário revisitarmos a obra “Ensaio sobre a dádiva”. Em sua obra o autor busca entender o direito contratual e o sistema de prestações econômicas em sociedades tida por ele como “arcaicas”. O autor se propõe a analisar os fenômenos sociais “totais”, ele assim os denomina tendo em vista que tais fenômenos têm a capacidade de uma vez só exprimirem diversas instituições: religiosas, econômicas, jurídicas e morais, sendo políticas, econômicas e familiares ao mesmo tempo.

O autor dá enfoque no caráter “voluntário”, aparentemente livre, porém obrigatório e interessado das prestações, contratos e trocas que acontecem em algumas sociedades. O autor visa com esta obra responder a pergunta: Qual é a regra do direito e de interesse que, nas sociedades tidas como “arcaicas” e “primitivas”, faz com que o presente recebido seja obrigatoriamente retribuído?

O método escolhido pelo autor foi o da comparação entre algumas regiões: Polinésia, Melanésia, Noroeste Americano. Ele percebeu que as trocas nestes locais estudados não são simples trocas de bens, riquezas e produtos entre indivíduos. São trocas feitas por coletividades e que se obrigam mutuamente, trocam amabilidades, mulheres, danças, festas, dos quais o mercado é apenas um momento. Existe nesse sistema de trocas prestações e contraprestações de forma voluntária, livre e gratuita, porém que são no fundo rigorosamente obrigatórias. Tais prestações e contraprestações são chamadas de dádiva e contradádiva, um sistema de prestações totais.

De todos esses temas muito complexos e desta multiplicidade de coisas sociais em movimento, queremos considerar um único traço, profundo, mas isolado: o caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito e, no entanto, imposto e interessado dessas prestações (MAUSS, 1974, p. 41).

O autor analisa o potlatch nas tribos do Noroeste Americano e o kula na Melanésia. De grosso modo, podemos entender que estes dois tipos de trocas baseiam-se no dar, receber e retribuir. O potlatch é uma forma típica de prestações totais de tipo agonístico (combate) existente no noroeste americano. O potlatch é um tipo puro dessas instituições. Ele observa a aliança de duas fatrias nas tribos norte-americanas. Os Tlingit e os Haida, onde os ritos, os casamentos, a sucessão de bens, os vínculos de direito e de interesse, posições militares e sacerdotais, tudo é complementar e supõe a colaboração das duas metades da tribo.

O que é notável nestas tribos é o princípio da rivalidade. Na batalha, os chefes e nobres se enfrentam mutuamente, às vezes até a morte e ocorre a destruição de um grande montante de riquezas acumuladas a fim de ofuscar o chefe rival. A obrigação de dar é a essência do potlatch. Distribuir é a única forma de provar a fortuna e nobreza de um líder tribal. Da mesma forma, não se tem o direito de recusar uma dádiva, de recusar o potlatch. Agir assim é manifestar que se teme ter de retribuir.

Mauss também estuda o sistema de prestações totais na Polinésia, o autor elucida que lá aparentemente existia uma realidade distante do potlatch, até a descoberta de dois elementos essenciais: o elemento da honra, do prestígio, de mana que confere a riqueza e o da obrigação absoluta de retribuição dessas dádivas como ferramenta de manutenção da autoridade. Na Polinésia existia contratos perpétuos entre clãs, que põe em comum suas mulheres, seus homens, suas crianças, seu ritos, etc. O que é dado contém um mana, caso não se retribua o mana perde-se a autoridade, o prestígio e a riqueza que confere. O mana é o valor da reciprocidade.

Enfim, ao lado ou, se se quiser, por baixo, por cima, ao redor e, em nossa opinião, no fundo desse sistema de *kula* interno, o sistema de dádivas trocadas engloba toda a vida econômica, tribal e moral dos trobriandeses. Ela

é “impregnada” por ele, como diz muito bem Malinowski (MAUSS, 1974, p.86).

Mauss elucida que o objetivo da dádiva é produzir um sentimento de amizade, aliança entre as duas pessoas ou coletividades envolvidas na troca, as trocas não são só materiais. Existe a liberdade e uma obrigação no dar, receber, assim como uma liberdade e uma obrigação em retribuir. A tese central desta obra é que a vida social se constitui por um constante dar, receber e retribuir. Pela dádiva produzir alianças, o não retribuir pode destruir tais alianças. A dádiva é uma relação social por excelência.

A dádiva que não é retribuída coloca em posição menos elevada quem a aceitou, especialmente quando é recebida sem espírito de reciprocidade, a não retribuição pode gerar guerra e desavenças entre clãs, tribos, etc.

Cabe ressaltar que o “Ensaio sobre a Dádiva”, escrito em 1924, pode ser considerado, ainda hoje, um marco na história das Ciências Sociais. Seu advento estimulou inúmeras discussões sobre o tema da troca. O conceito de dádiva pode ser aplicado a diversas situações na sociedade moderna em que ocorre algum tipo de troca material e simbólica desde a economia, prestações contratuais, morais, jurídicas, etc. Podemos pensar neste conceito até quando recebemos um presente em nosso aniversário.

2. A dádiva e os consultórios: dar, receber e retribuir

Tendo em vista os conceitos cunhados por Mauss de dádiva e contradádiva, baseado no dar, receber e retribuir, eu faço uma alusão a tais conceitos levando em consideração o que foi apresentado nos capítulos anteriores. A teoria da dádiva nos ajuda a pensar as trocas simbólicas na sociedade contemporânea, e também dentro dos consultórios médicos. Tais trocas simbólicas seguem a mesma lógica da dádiva, são voluntárias, porém causam certa obrigatoriedade para manter os laços e alianças entre as partes da relação, são por vezes interessadas ou desinteressadas.

A relação no consultório era sempre baseada em saber se a pessoa que convive com problemas de pressão seguia ou não a recomendação da teoria da cadeira de três pernas, é baseada em uma constante troca de dádivas e contradádivas. O/A médico/a descobre se a pessoa seguia ou não tais recomendações por meio dos exames laboratoriais e a aferição diária da pressão arterial, a fala ficava em segundo plano. O/A médico/a não fazia questão de saber o motivo pelo qual a pessoa não estava conseguindo fazer o controle de sua pressão e nem estava com as taxas normais nos exames. Fatores psicossociais eram menos valorizados.

O/A médico/a ao diagnosticar uma pessoa com pressão alta fazia algumas recomendações para que a pessoa pudesse manter sua pressão dentro das taxas consideradas como normais. Esta atitude seria a dádiva. A dádiva começava quando o/a médico/a ensinava às pessoas a controlarem sua pressão, seguindo as recomendações relacionadas à alimentação, uso correto de medicamentos e prática de exercícios físicos.

A partir destas recomendações, uma dádiva era dada à pessoa, podemos fazer alusão a um presente que nos é dado. A pessoa pode escolher receber ou não e retribuir se quiser. Mauss elucida que esta dádiva dada gera uma obrigação implícita que fundamenta as relações, reforça os laços sociais, ou seja, um pacto é firmado dentro do consultório com o/a médico/a. O pacto era firmado por meio da dádiva, caso a pessoa não recebesse e retribuísse tal dádiva o/a médico/a mudava sua forma de tratamento das pessoas nos consultórios.

Em uma das conversas que tive com o médico, perguntei a ele: “Seguir ou não as recomendações propostas no tratamento de pressão alta interfere na relação médico/a-pessoas que convivem com problemas de pressão?” Ele me respondeu:

Interfere sim, quando eu vejo que um paciente é disciplinado eu me interessar até mais por ele, porque ele segue minhas recomendações, está interessado em regular a hipertensão. Eu crio mais gosto em acompanhar este tipo de paciente que segue minhas orientações [...] o relaxamento eu valorizo pouco. É igual um jogo de Xadrez, se eu juntar as peças dá pra saber quem são os distraídos e os esquecidos, se o paciente esquece até a receita, não sabe os

remédios que toma, em casa ele deve esquecer de tomar os remédios. O médico se sente gratificado quando o paciente segue suas recomendações, é sinal que ele está dando valor ao nosso trabalho.

Eu fiz a mesma pergunta à médica em uma de nossas conversas no consultório ela me respondeu: “Tem paciente que não segue as recomendações, é relaxado, não faz nada que o médico fala. É desestimulante”.

Como podemos ver durante esta etnografia, o ciclo da dádiva e da contradádiva muitas vezes era quebrado. A confiança do/a médico/a vai se enfraquecendo com relação às pessoas que convivem com pressão alta e sua forma de tratá-las variava de acordo com a tipologia apresentada no capítulo anterior.

3. O ciclo de dádivas e o Tipo 1

Mostrei no capítulo anterior que existiam três tipos de pessoas que conviviam com pressão alta no CS. A grande maioria das pessoas se encaixa na primeira tipologia apresentada anteriormente, elas retribuía a dádiva dizendo seguir as recomendações da cadeira de três pernas da pressão alta, tais pessoas reconheciam de alguma maneira a autoridade do/a médico/a.

Nesta tipologia as pessoas estavam com as taxas pressóricas e os exames dentro da considerada “normalidade” pelo/a médico/a, tais pessoas eram vistas como disciplinadas por seguirem as recomendações, eram as pessoas ideais. Ou seja, o ciclo da dádiva de dar, receber e retribuir estava sendo seguido, o/a médico/a explicava como manter as taxas pressóricas dentro das taxas consideradas “normais” e os exames e taxas estavam dentro destas taxas. A pessoa aceitava as recomendações dadas pelo/a médico/a e retribuía seguindo as recomendações apresentando uma pressão “12 por 8”, por exemplo.

Pude perceber dentro desta tipologia que o/a médico/a fazia questão de parabenizar as pessoas que seguiam as recomendações como forma de um reforço positivo. O/A médico/a se tornava mais generoso/a com estas pessoas, mais atencioso/a e a relação se tornava mais agradável. Caso a pessoa seguisse as

recomendações outros assuntos apareciam nestas consultas, assuntos pessoais como explicitado nos capítulos anteriores. Outras queixas não relacionadas aos problemas de pressão eram ouvidas também e as recomendações relacionadas a elas eram feitas. Como o ciclo da dádiva era seguido, uma aliança e confiança eram estabelecidas. Tais pessoas eram as pessoas “especiais”, melhores tratadas dentro dos consultórios.

Não havia neste tipo de relação um interrogatório acerca da teoria da cadeira de três pernas. Nas próximas consultas, o/a médico/a reveria novamente os exames e taxa da pressão para monitorar se a pessoa continuava seguindo as recomendações. O pacto firmado entre o/a profissional e a pessoa era suave, fluido e constante. As expectativas dos dois lados eram cumpridas e não surgia conflito durante as consultas. Quando a ciclo de dádivas estava sendo seguido geralmente como forma de premiar a pessoa o profissional biomédico diminuía o número de medicamentos que a pessoa utilizava.

3.1 O ciclo de dádivas e os Tipos 2 e 3

No segundo tipo, as pessoas diziam seguir as recomendações, mas as taxas da pressão e os exames elucidavam para o/a médico/a que a pressão estava “descontrolada” e ele/a supunha, portanto, que tais recomendações não eram seguidas. O ciclo da dádiva era quebrado e a confiança era perdida, não teve a reciprocidade esperada. Tendo em vista isto, tais pessoas eram por vezes classificadas como “mentirosas” e “relaxadas” e a consulta tomava outro rumo, diferente das pessoas que seguiam as recomendações.

Neste tipo de consulta o/a médico/a geralmente como forma de “punir” a pessoa encaminhava-a para outros profissionais especialistas (nutricionistas, angiologista, cardiologista, por exemplo) e para marcar vários exames. Como podemos ver durante a etnografia muitas pessoas tinham que madrugar nas filas para conseguir marcar suas consultas e faltavam vários reagentes para fazer exames e por vezes as pessoas teriam que pagar exames particulares.

A credibilidade destas pessoas se perdia nos consultórios. Era uma relação de desconfiança, mas de ambos os lados. O médico desconfiava do paciente e, por sua vez, a pessoa desconfiava dos remédios, do laboratório, do CS e ao final, em casos extremos, da competência técnica e do empenho do/a médico/a.

A médica elucida bem este tipo de pessoa em uma das conversas que tivemos no consultório:

Tem muito paciente que acha que a responsabilidade do remédio é do médico, a gente passa o remédio e às vezes não faz efeito, e eles nos culpam por isso, mas aí você vai ver o paciente não faz a dieta direito, nem exercício e joga a culpa no médico. Alguns pacientes acham que não têm responsabilidade sobre a doença também.

No terceiro tipo de pessoa que convive com os problemas de pressão, ao que parece, as recomendações não eram seguidas totalmente ou parcialmente e as taxas da pressão e dos exames confirmavam isso, o ciclo também era quebrado desde a fala da pessoa, que afirmava não seguir as recomendações. Ou seja, ela não tinha nem recebido a dívida e muito menos retribuído na forma esperada pelo/a médico/a. A médica elucidou bem este tipo de pessoa em sua fala:

Tem o paciente da eterna promessa, toda vez que vem a consulta e vejo os exames, a pressão, toda vez está todo desregulado, não faz exercício, não cuida da alimentação. E promete que vai melhorar toda consulta, parece que faz isso para agradar o médico, mas ele tem que cuidar da doença dele para ele e não para agradar o médico.

Este tipo de pessoa perdia totalmente a credibilidade com o/a médico/a, suas falas e outras queixas não relacionadas à pressão alta não eram por vezes ouvidas. O/A médico/a aumentava o número de medicamentos como forma de “penalização” caso a pessoa não seguisse suas recomendações. Broncas eram dadas durante a consulta e o/ médico/a fazia questão de repetir as recomendações. Existia sempre um reforço ao final das consulta que a pessoa continuasse daquela forma, se não, era provável que tivesse um derrame ou infarto. O médico me falou em uma das consultas: “Tem gente que não adianta falar, só aprende com derrame ou infarto e

outros que já tiveram derrame e infarto e isso não serviu de lição”. Era a teoria da cadeira temperada com a pedagogia do terror.

Como podemos ver anteriormente o/a médico/a mudava sua relação de acordo com a adesão ou não do tratamento proposto por eles. Na primeira tipologia o ciclo de dádivas acontecia perfeitamente e a confiança e a aliança entre as partes da relação médico-pessoas que convivem com problemas de pressão era reforçada. Já em relação ao tipo 2 e 3, como o ciclo de confiança foi quebrado, o/a médico/a não dava mais credibilidade ao que as pessoas estavam falando, existia sempre a questão da mentira envolvida. O/A médico/a interpretava por meio dos exames que a pessoa não seguia as recomendações e tinha certeza de que a pessoa mentia na consulta. Estas pessoas não eram ouvidas e sim penalizadas de alguma forma.

É importante ressaltar que o/a médico/a leva mais em consideração o que os números diziam a respeito das pessoas ao invés de procurar saber o porquê a pessoa não seguia as recomendações. Muitas das pessoas que conversei nos corredores de espera não tinham condições de comprar o óleo indicado pelo/a médico/a para cozinhar, outros me disseram que como faltavam medicamentos no CS não tinham dinheiro para comprar, ou comiam ou compravam medicamentos. Outras pessoas me falaram que não faziam exercícios porque conviviam com artrose, dor no joelho, dor na coluna, outros não tinham tempo, pois teriam que cuidar de seus filhos e netos. Alguns não mudavam a forma de se alimentar, pois a comida ficava insossa e as pessoas que moravam junto a elas não gostavam deste tipo de comida.

Como podemos ver, existiam diversos fatores para que as pessoas não seguissem todas as recomendações da “teoria da cadeira”, o/a médico/a não fazia questão de perguntar durante as consultas quais eram tais fatores. A consulta era inteiramente baseada na doença, como se a pessoa fosse a própria doença com que elas convivem, não levavam em conta fatores psicossociais, sociais e macrossociais no encontro clínico.

4. Considerações Finais

Esta etnografia buscou por meio da observação participante entender melhor como se dá a convivência das pessoas que convivem com os problemas de pressão num CS. Desde o momento em que se dirigiam a sala de acolhimento para aferir seus níveis pressóricos até o momento das consultas de rotina semestrais, assim procurei entender como a relação entre médico/a e essas pessoas acontecia.

Tal estudo visou entender a visão do/a médico/a sobre os problemas de pressão, tendo em vista que já há muitos estudos que abrangem a visão das pessoas que convivem com a pressão alta. Busquei entender como se dava o encontro clínico e pude perceber que existia um “ritual” nas consultas de rotina que seguiam um padrão repetitivo na maioria delas.

As consultas da médica eram mais rápidas que as do médico, tendo em vista uma maior proximidade do médico com relação às pessoas devido ao maior tempo de convivência. Devido a esta maior proximidade outros assuntos surgiam nas consultas do médico, assuntos mais subjetivos das pessoas. Mesmo com esta proximidade com algumas pessoas, existia uma assimetria na relação devido ao grau de instrução e a classe social, como nos mostrou Boltanski.

Pude perceber que toda a relação estabelecida dentro dos consultórios girava em torno do que chamei da “teoria da cadeira”, levando em conta um termo nativo utilizado pelo médico, as três pernas da cadeira diziam respeito à correta utilização de medicamentos, fazer exercícios físicos e a modificação da alimentação. Ao ensinar como cuidar da pressão o/a médico/a firmava um “pacto”, um ciclo da dívida com a pessoa e esperava que ela recebesse tal recomendação e retribuísse seguindo o tratamento proposto.

Por meio da fala das pessoas, dos exames e dos níveis pressóricos, o/a médica suponha conseguir identificar se as pessoas seguiam ou não as recomendações ao tratamento proposto. Tendo em vista a adesão ou não ao tratamento proposto, tipifiquei as pessoas em três grandes grupos, seguindo

também as categorias que me foram apresentadas pelos dois médicos. No primeiro grupo, as pessoas seguiam as recomendações e as taxas da pressão e do exame confirmavam que eles seguiam o tratamento, na visão biomédica. Este grupo era o mais numeroso. O segundo grupo é de pessoas que diziam seguir as recomendações e as taxas da pressão e os exames indicavam que eles não seguiam corretamente, pois as taxas não estavam dentro das consideradas normais, este foi o segundo grupo mais numeroso. O terceiro grupo, a minoria, dizia que não seguia as recomendações e as taxas de pressão e os exames indicavam isto para o/a médico/a. Durante minha presença nos consultórios, ouvia o médico/a falar tanto nesse grupo de pacientes, “rebeldes”, “indisciplinados”, como dito por eles, que tendia a achar que era a maioria, mas pude ver que eram a minoria. Assim, embora mais pessoas honrassem o ciclo de dívidas que se estabelecia no consultório, os médicos tendiam a se referir a estas pessoas como sendo, majoritariamente, “rebeldes” por apresentarem uma pressão “descontrolada”.

Tendo em vista esta classificação, pude ver que a relação entre médico/a-pessoas que convivem com os problemas de pressão era modificado de acordo com a adesão ao tratamento proposto. O primeiro tipo de pessoa tinha uma melhor relação com o/a médico/a, pois seguia as recomendações e não quebrava o ciclo da dívida, conversas subjetivas surgiam, outras queixas eram ouvidas e elas eram parabenizadas como forma de reforço positivo, neste tipo de relação existia confiança.

No segundo tipo, como diziam seguir as recomendações e a taxa da pressão e exames mostrava o contrário, a confiança e o ciclo da dívida era quebrado, assim o/a médico/a não dava credibilidade a pessoa e ainda classificava-as como “mentirosas”, algumas atitudes eram tomadas como forma de penalização.

No terceiro tipo, que dizia não seguir as recomendações não existia mais credibilidade e o/a médico/a não fazia muita questão em ter uma relação amigável com este tipo de pessoa, geralmente aumentava o número de remédios, broncas eram dadas durante a consulta e uma pedagogia do medo fazia parte do discurso

biomédico, a possibilidade de infarto e derrame fazia parte deste discurso. As recomendações eram sempre repetidas neste caso.

Ao analisar a relação médico/a-pessoas que convivem com problemas de pressão, percebi que tal relação é baseada tanto na “teoria cadeira”, quanto na dádiva. Quando o ciclo da dádiva acontecia existia uma melhor relação, caso o ciclo fosse quebrado a relação mudava intensamente. É perceptível que fatores psicossociais não eram levados em conta nestas consultas. A fala do paciente não era levada em consideração, quem fala pelo paciente é outro “ente” representado pelos números, taxas da pressão e exames. A consulta era baseada na doença e não em um ser que deve ser visto além da doença que convive.

A biomedicina é baseada em fatores anátomo e fisiopatológicos que visam descobrir as causas da doença e curá-las ou controlá-las, mas é esquecido que tal doença faz parte de um ser biopsicossocial. Com o desenvolvimento da bioquímica, dá própria genética e da imunologia, o modelo biomédico se centrou cada vez mais na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade.

Tais técnicas propiciaram um diagnóstico mais preciso e a tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão médica e na relação médico-pessoas que convivem com problemas de pressão e tem fator essencial na descoberta da pressão alta. O que antigamente era invisível aos olhos dos médicos se torna visível, devido às novas tecnologias empregadas no saber médico.

A pressão alta só pode ser vista ao olhar dos profissionais da saúde por meio de um aparelho chamado esfigmomanômetro, é o aparelho quem indica os níveis pressóricos e é o exame de sangue e de urina quem indica os índices de colesterol, da glicose, do ácido úrico, dentre outros. As esferas microscópicas do corpo humano agora são desveladas e o discurso da pessoa fica em segundo plano.

Existe um debate intenso sobre a humanização das consultas na área biomédica, que visa que os profissionais da saúde mudem sua atitude durante as

consultas, ocasionando uma maior proximidade com a pessoa atendida. As práticas relacionadas com o processo saúde-doença não se reduzem a uma evidência orgânica, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sociocultural e também com a forma como cada pessoa experimenta seus estados de adoecimento.

Porém, pude perceber durante esta etnografia, que esta atitude só será possível caso haja uma mudança na própria formação biomédica, apesar da discussão sobre a humanização dos serviços de saúde aparecer em algumas graduações de medicina no Brasil, como me foi dito pela médica em uma de nossas conversas, nos consultórios isto não é colocado em prática. Disciplinas como a Antropologia, Sociologia, Filosofia e Psicologia, por exemplo, são necessárias nestes cursos para gerar uma reflexão mais aprofundada sobre as relações sociais que envolvem cura, saúde e doença.

Na prática, vi que a tida humanização não acontece, o atendimento no consultório era baseado prioritariamente na doença, as falas e o contexto sociocultural ficavam em segundo plano. O/A médico/a não fazia questão de saber a fundo sobre a vida da pessoa que estava sendo atendida e nem os motivos do porquê de não seguir as recomendações médicas. A desconsideração da experiência da pessoa que convive com problemas de pressão implica em uma série de consequências negativas para o relacionamento entre as duas partes envolvidas em uma consulta. Caso o/a médico/a investigasse melhor o porquê da pessoa não seguir as recomendações ou de sua pressão se manter alta, talvez seria possível achar outras possibilidades viáveis para que o tratamento proposto fosse seguido corretamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 95-112, Feb. 2004 .

BECKER, H. **Boys in white**. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1992.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1974.

BEZERRA, Natália Almeida. **Bombinha, relógio ou pêra: o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF**. 2011. 95 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: OMS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica - Hipertensão arterial sistêmica, nº 15**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BURY, Michael. Doença crônica como ruptura biográfica. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, pp. 41-55, 2011 [1982].

BURY, M. Chronic illness and biographic disruption. **Sociology of Health and Illness**, v.4, n.2, pp.167-182, 1982.

CALDEIRA, Tereza P. A presença do autor e a pós-modernidade. **Novos Estudos**. Cebrap. São Paulo: n. 21, 1988.

CALVO-GONZALEZ, Elena. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre Hipertensão Arterial em Salvador, Bahia. **Caderno CRH**, v. 24, n. 61, 2011.

CANESQUI, Ana Maria. "Estudo de caso sobre a experiência com a pressão alta". **Physis**, vol.23, n.3, pp. 903-924. 2013

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência saúde coletiva**, v. 9, n. 1, pp. 139-46, 2004.

CHAZAN, A. C., & PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Revista APS**, 11(1), 10-6. 2008.

CODEPLAN. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Ceilândia**. Brasília, 2013.

DE OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O trabalho do antropólogo**. Unesp, 1993.

DE SOUSA, Nair Heloísa Bicalho. **Construtores de Brasília: estudo de operários e sua participação política**. Vozes, 1983.

DINIZ, Debora. A pesquisa social e os comitês de ética no Brasil. In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (Org.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres; Editora da UnB, 2010.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. (Trad. Paulo Neves) São Paulo: Martins Fontes. 1996 [1912].

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico** (Trad. Paulo Neves; São Paulo: Martins Fontes, 1995 [1895]).

FERREIRA, J. **O corpo sígnico: representações sociais sobre corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares**. Tese de Doutorado. Dissertação (mestrado em psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 1993.

FLEISCHER, Soraya. "O grupo da pressão: Notas sobre as lógicas do 'controle' de doenças de longa duração na Guariroba, Ceilândia/DF". **Amazônica**, 5(2), 2013.

FLORA, Fernando Antônio Mourão. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática médica. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 2, n. 7, pp. 196-202, 2006.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994 [1963].

GOFFMAN, Erving. A representação do eu na vida cotidiana. In: **A representação do eu na vida cotidiana**. Vozes, 2011 [1959].

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, 1988 [1963].

HEILBORN, Maria Luiza. Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: Ed. UFF-ABA, pp. 57-64, 2004.

HOIRISCH, Adolpho. Ser Médico-Implicações Históricas e Antropológicas. **Identidade Medica**, p.21, 2006.

QUINTO, Luiz de Pinedo Júnior; IWAKAMI, Luiza Naomi. **O canteiro de obras da cidade planejada e o fator de aglomeração. A conquista da cidade. Movimentos populares em Brasília.** Brasília: Editora UnB, pp. 55-75, 1991.

MAUSS, Marcel. **“Ensaio sobre a Dádiva”**. In: Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU, 1974.

MONTEIRO, M. ; ANDRADE, A. P. M. ; TORNQUIST, C. S. ; MALUF, S. W. Gênero, saúde mental e subjetividades: o caso da Nova Esperança. In: I Seminário Nacional Sociologia & Política: Sociedade e Política em Tempos de Incerteza, 2009, Curitiba. **Anais do I Seminário Nacional Sociologia & Política: Sociedade e Política em Tempos de Incerteza, 2009.**

PEIRANO, Mariza. **Rituais ontem e hoje**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003

PAVIANI, Aldo (org.). **Urbanização e Metropolização.** Brasília: Ed. UnB, 1996.

RESENDE, M. L. S. **Ceilândia em movimento.** Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília. 1985

RODOLPHO, Adriane Luisa. Rituais, ritos de passagem e de iniciação: uma revisão da bibliografia antropológica. **Estudos Teológicos, v. 44, n. 2**, pp. 138-146, 2013.

SOUZA, A N. **Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica.** Rio de Janeiro, 1998. Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de and GARNELO, Luíza. *“É muito dificultoso!”*: Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública, 24**. pp. 91-99. 2008.

TAVARES, B. L. ***Feira do rolo. Na pedagogia da malandragem: memória e representações sociais no espaço urbano de Ceilândia-DF.*** Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília. 2005.