

# A (DES)MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: o surgimento de um novo cenário na saúde pública



ISSN: 2448-282X

Daniel Carlos Neto <sup>a\*</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales /  
Buenos Aires-Argentina

## RESUMO

O presente artigo apresenta um estudo crítico da medicalização na atenção primária, cuja análise sinaliza para um novo paradigma na Saúde Pública, sem se olvidar da ideologia que historicamente construiu-se no campo social da saúde e da premente necessidade de se atualizar a gestão no campo político e científico. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica. Conclui-se que um novo marco conceitual surge na saúde pública.

**Palavras-chave:** Agachamento profundo. Joelho. Biomecânica.

## INTRODUÇÃO

A intervenção estatal nos serviços de saúde iniciou-se em 1808 com a chegada da Família Real. Contudo, o período imperial encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da população. Os anseios por um novo progresso reapareceram com a proclamação da República em 1889. Não se pode olvidar de que a Saúde Pública, até início do século XX, era acessível a pequena parcela da população e que, no período de 1900 a 1920, desenvolviam-se apenas ações sanitárias e controle de endemias e epidemias.

Embora a verdadeira institucionalização da saúde pública tenha sido fruto da reforma realizada por Getúlio Vargas em 1930, com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, a grande vitória veio com a promulgação da Carta Magna de 1988, que trouxe em seu dispositivo a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, cuja base era o princípio da integração de todos os serviços de saúde (Marques, 2008).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, iniciou-se a reforma do setor da saúde, com o objetivo de promover de forma ampla o acesso e instituir ações de prevenção e promoção da saúde. Foi em 1994 que o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF), como um modelo de assistência direcionado à população carente, cuja estrutura de unidade de saúde possui uma equipe multiprofissional, com atuação em território definido e população determinada. Com o passar dos anos, o programa se consolidou de forma tão plena, a ponto de reorganizar a Atenção Primária, motivo pelo qual passou a ser definido e defendido como estratégia pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (Costa; Trindade; Pereira, 2010, p. 27-33).

No ano de 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS 2001), traçando as principais ações programáticas a serem executadas pelo PSF: a) Saúde da Criança; b) Saúde do Homem; c) Saúde da Mulher; d) Saúde do Idoso. Em 2011, a

\* E-mail: drdanielcarlosadv@yahoo.com.br

portaria anterior foi revogada pela portaria GM nº 2.488/2011, que efetivamente transformou o programa em Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma política de estado brasileiro, alavancando o avanço da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (Rev. Bras. Saúde Mter. Infant, 2003, p. 113-125).

O gênero Atenção Primária à Saúde - APS, do qual a ESF é espécie, foi o conceito trazido inicialmente em 1979 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência de Alma-Ata. As concepções e práticas definidas outrora sofreram variações ao longo dos anos, culminando em uma forma de organização dos serviços de saúde, com princípios e diretrizes próprias, objetivando integrar a amplitude de serviços às necessidades da população. A APS é uma concepção diferenciada dos demais níveis de atenção, por tratar-se do primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a caracteriza como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”.

E é nesse ínterim que a dinâmica social e científica nos traz a necessidade de evoluir e readaptar a concepção de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e manutenção da saúde dos usuários do sistema. Nesse contexto moderno, surge a Saúde Baseada em Evidências (SBE) na sua aplicabilidade multiprofissional, como forma de reduzir a administração medicamentosa, a qual nem sempre traz benefícios ao “completo bem-estar físico, mental e social” (OMS) (Ribeiro, 2007, p. 325)

Diuturnamente, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) buscam atendimento médico junto à APS. Para desenvolvimento do presente artigo, classificamos esses usuários em dois grupos: a) os que possuem sintomas sem nenhuma base orgânica correspondente, que denominamos doenças psicossomáticas; b) os que são diagnosticados com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – por exemplo,

Diabetes e Hipertensão – em cuja história clínica não consta fator predisponente, mas fatores sociais, econômicos e psicológicos. Ocorre que, por uma questão cultural de formação médica, apesar de evoluída, sinaliza para utilização de duas ferramentas: a medicalização ou o encaminhamento. Nota-se que nenhum dos instrumentos utilizados apontou para o uso do “arsenal” multiprofissional existente na APS (Moliner, 2013).

Duas hipóteses deverão ser alisadas sob a ótica das ferramentas utilizadas. A primeira é que a medicalização daqueles cujos sintomas são desprovidos de base orgânica, além de medida paliativa, poderá desencadear até mesmo patologias graves, como a aplasia medicamentosa. A segunda é que a administração de medicamentos para portadores de DCNT, cuja origem não é “fisiológica”, além de também repetir as causas da primeira hipótese, não atinge o objetivo, que é a cura, tão pouco uma integral qualidade de vida, sob o aspecto doença, mas uma pseudoqualidade.

É nesse diapasão que entra a Saúde Baseada em Evidências, determinando a melhor estratégia da prática médica, cuja meta é a busca da melhor conduta para uma atenção à saúde mais custo-efetiva. Nesses casos, pode ser que a atuação multiprofissional, além de mais efetiva para o usuário, é menos custosa para a gestão pública (Asfor; Monteiro; Nunes; Amaral; Queiroz, 2013, p. 12-533)

O objetivo deste trabalho foi demonstrar, por meio de uma revisão bibliográfica, a (des)medicalização na atenção primária, e o surgimento de um novo cenário na saúde pública.

## METODOLOGIA

Utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica, que consiste na procura de referências teóricas para análise do problema de pesquisa e, a partir das referências publicadas, fazer as contribuições científicas

ao assunto em questão (Liberali, 2011, p. 206).

## ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A restauração da democracia e do estado de direito, alicerçada à Carta Primavera de 1988, introduziu um novo sistema de atenção à saúde, em que o Estado traz para si a responsabilidade na execução e efetividade, proporcionando ao cidadão brasileiro o acesso aos serviços e ações de saúde. Essa nova sistemática exigia renovação no então modelo assistencial, hospitalocêntrico, individualista, centralizado na medicalização e na sua característica curativa, sendo substituído pelas ações de prevenção e promoção da saúde (Valentim; Kruel, 2007, p. 777-788)

Os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e hierarquização, instituídos pela Constituição da República de 1988, como orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxeram avanços para sua consolidação, principalmente com a municipalização dos serviços públicos de saúde (Rev. Saúde Pública, 2000, p. 316-319).

Na segunda metade da década de 1990, durante a implementação e consolidação do SUS, foi necessária a adoção de políticas públicas que visassem ao fortalecimento da atenção básica de saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas, voltadas para promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Escorel; Giovanella; Mendonça; Senna, 2007, p. 164-176).

Ao longo dos anos, pesquisas demonstraram que o funcionamento adequado das unidades básicas de saúde era capaz de solucionar 85% das problemáticas da saúde da população; em consequência, uma pequena percentagem era qualificada para encaminhamento hospitalar ou a ambulatório de especialidades. Foi então que, em 1994,

o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando a estratégia de atenção primária à política de saúde brasileira. O novo modelo sugere um atendimento em equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), com atuação em área territorial de abrangência determinada, como forma de racionalização e democratização do acesso (Rev. Saúde Pública, 2000, p. 316-319).

Os princípios do Programa de Saúde da Família propõem um novo cenário de acesso da população, ou seja, a porta de entrada do sistema local de saúde, prestando uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva. Para isso, faz-se necessária uma percepção aprimorada dos profissionais envolvidos, de forma que se observe o indivíduo como um todo integral, e não como partes de um sistema humano, para que haja uma proteção assistencial efetivamente completa e resolutiva (Escorel; Giovanella; Mendonça; Senna, 2007, p. 164-176).

No ano de 2001, frente aos impactos e avanços provocados pela ESF, vislumbrou-se a necessidade de descentralizar as ações e serviços, levando-os o mais próximo dos territórios onde habitam os usuários do sistema. Assim, o Ministério da Saúde publicou a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS/SUS 2001, que foi reeditado em 2002, ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Primária da Saúde (APS) e estabelecendo áreas de atuação estratégicas mínimas, para viabilização da Gestão Plena da Atenção Básica (Neto; Aguiar; Martins; Silva; Cunha, 2011, p. 9-16).

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Existem distintos significados para a expressão ‘Atenção Primária à Saúde’ - APS. Ora entende-se como um atendimento

ambulatorial não especializado ofertado através de unidades de saúde com reduzida utilização de tecnologia, ora interpreta-se como o espaço em que se tem o primeiro contato com o sistema de saúde, com elevada taxa de resolução das manifestações de saúde (Lavras, 2011, p. 867-874).

No Brasil, a APS integra os princípios da reforma sanitária, sendo uma organização estratégica da atenção à saúde regionalizada, contínua e sistematizada. Contudo, o SUS prefere nomeá-la como Atenção Básica à Saúde (ABS), para reafirmar um modelo de assistência universal e integrado, cuja referência principal é a saúde da família, responsável pelos grandes incentivos financeiros do governo (Marra; Guimarães, 2016).

Mendes (2005, p. 2) esclarece seu ponto de vista da seguinte forma:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao “complexíssimo” princípio da APS, o do primeiro contato.

Desde sua implantação, a ESF se propõe a transformar o modelo hospitalocêntrico, medicamentoso, curativo, individual, biomédico e mecanicista, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e comunidade, cujo atendimento deve caracterizar-se por diagnósticos precoces, estratégias efetivas para tomada de decisões clínicas, focando na prevenção e, quando necessário, na cura. Isso levará a um melhor desfecho e custo-efetividade (Gusso; Lopes, 2011, p. 182).

Portanto, é com base na essência da APS que se defende o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis para tomada de decisões, utilizando-se da Medicina Baseada em Evidências (MBE) como auxílio para diagnósticos mais adequados,

melhores planos terapêuticos e métodos de prevenção de doenças, levando uma atenção à saúde mais custo-efetiva (Gusso; Lopes, 2011, p. 182).

## A DESMEDICALIZAÇÃO

Hipócrates, considerado, o Pai da Medicina, dizia que “é mais importante conhecer o doente que tem a doença, do que a doença que o doente tem” (Lopes, 2016). Ensinamentos como esse se perderam ao longo dos anos, com a expansão desenfreada de cursos de Medicina, que, em vez de vender conhecimento e base bioética, estão produzindo em grande escala médicos automatizados e dependentes da biotecnologia.

Não se trata mais o paciente de maneira holística, mas como se fosse um “ombro”, um “quadril”, uma “tireoide”. Tal prática contaminou a “porta de entrada” da Saúde Pública, impedindo o profissional de “conhecer o doente” e perceber que nem todos possuem problemas médicos e que, uma vez medicados os “problemas sociais”, seus portadores passaram a ocupar um local desprivilegiado onde padecem aqueles que compram iatrogenias e doenças, seja através de impostos ou dos famigerados planos de saúde suplementar (Tesser, 2006, p. 61-76).

A (des)medicalização da saúde, apesar de amplamente debatida, ainda se encontra clamando por ações efetivas, pois seu status de “problema de saúde pública” suplica por ampliação e reorientação da rede básica por meio da estratégia de saúde da família, uma vez que se faz necessária uma reconstrução humanística e multiprofissional, na qual a medicalização esteja em última análise e o paciente, em primeira. No trabalho em equipe multiprofissional, há a necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais, os quais devem ver o paciente como um todo, numa atitude humanizada, e essa realidade inofismável é necessária para se iniciar o processo de “desintoxicação social” (Carvalho,

2015, p. 1251-1269).

O sistema público de saúde está em colapso, e a reestruturação holística da atenção básica é a verdadeira “antibioticoterapia” para o gerenciamento público. O tratamento de manutenção através da Medicina Baseada em Evidências (MBE) surgiu como uma quebra de paradigma, possibilitando uma aplicação eficaz de pesquisas científicas a casos clínicos, contrariando uma medicina estagnada que insistia na repetição de procedimentos e indicações terapêuticas de medicamentos sem qualquer indicativo de eficácia.

## UM NOVO TEMPO PARA SAÚDE PÚBLICA

É preciso considerar que a Saúde Pública vem sendo sucateada nas últimas duas décadas e que tal situação tem se agravado em detrimento da crise política e institucional. Infelizmente a Saúde não é prioridade na agenda política dos governos, mas apenas utilizada como *outdoor* nas campanhas eleitorais.

Não resta dúvida de que o sistema público de saúde necessita de reformas econômicas, políticas e administrativas, buscando uma nova configuração pragmática (Marques, 2016). É imperioso enfatizar que a maior adversidade levantada outrora tem como seu grande fundamento a Gestão, contra a qual a maior crítica que se faz é o fim de cargos políticos para gerenciamento do sistema de saúde em detrimento da meritocracia.

A “atenção” realmente precisa ser a Estratégia de Saúde da Família, pois é a porta de entrada do sistema de vigilância, a qual possibilitará detectar casos, realizar a suspeita oportunamente e desencadear todas as ações de vigilância em saúde.

A renovação do sistema público de saúde e o surgimento de esperança da população dependem não somente de uma política econômico-administrativo, mas de uma Gestão apoiada no campo científico, cujas melhores evidências trazem qualidade em prestação de serviços e racionalidade nos gastos públicos.

## CONCLUSÃO

São extremas as dificuldades de atenuar o declínio do serviço público de saúde, principalmente a porta de entrada do sistema. Não se pode atribuir o colapso ao simples gerenciamento, pois trata-se de uma questão de gestão em quase todas as cidades brasileiras. O projeto estruturador da atenção básica é invejável por qualquer País, todavia sua eficiência e eficácia dependem de uma visão mais contemporânea para que se construa um novo modelo de Saúde e Gestão. É de grande importância que se esqueçam a individualidade profissional e os termos singulares na estratégia de saúde da família, e que se adote a essência do termo “Equipe Multiprofissional”, pois tal prática de per si faz surgir inconscientemente uma nova moralidade e ética humanista no atendimento ao usuário do sistema.

As pessoas que procuram atendimentos nem sempre são portadoras de patologias ou distúrbios fisiopatológicos, mas de exaurimento social, e não podem continuar retornando às suas residências com receitas de medicamentos, pois o problema não é médico, mas psicossocial. E é essa sensibilidade perceptiva que os profissionais da atenção primária precisão ter para valorizar o trabalho de toda equipe, e principalmente o usuário.

E para valorizar a vida do usuário do sistema de saúde, é preciso adotar evidências científicas, as quais não dizem respeito apenas à medicalização, mas também à não medicalização. A plenitude da saúde daquele que busca depende do conhecimento do que serve, ou seja, é necessária a atualização continuada dos profissionais de saúde, haja vista que a ciência está em constante alteração.

## REFERÊNCIAS

Asfor ATP, Monteiro ABC, Nunes LT, Amaral IM, Queiroz, OS. Diferencial das equipes de saúde da família para diagnóstico de doenças psicossomáticas. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. 29-02 Jun 2013; Belém, Brasil. Pará: Sociedade Brasileira de Medicina Família e Comunidade; 2013.

Carvalho SR et al. Medicinalização: uma crítica (im) pertinente? Introdução. *Physis*. 2015 Dez; 25(4):1251-69. Costa FBC, Trindade MAN, Pereira MLT. A inserção do biomédico no programa de saúde da família. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*. 2010; 11(11): 27-33.

Enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré-Ceará. *Rev. Soc. Bras. Enferm.* PE. Jul 2007; 11(1): 9-16.

Escorrel S, Giovanella L, Mendonca MHM, SENNA MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2-3):164-76.

Gusso G, Lopes, ML. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 182p.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.* 2011; 20(4):867-74.

Liberali R. Metodologia científica prática: um saber-fazer competente da saúde à educação. 2ª ed. Florianópolis: Postmix; 2011. 206p.

Lopes AC. Humanização na formação do médico [acesso em 20 maio 2016]. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/3383-humanizacao-na-formacao-do-medico>.

Marques LS. A saúde pública e o direito constitucional brasileiro. *Âmbito Jurídico*. nov 2008; XI(59)[acesso em maio 2016]. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=4643](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643).

Matta GCM, Guimarães MV. Atenção à saúde [acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.

Mendes EV. Entrevista - o SUS e a atenção primária à saúde. *Revista de APS*. jul/dez 2005; 8(2).

Moliner J, Lopes SMB. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc.* 2013.

Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*; mar. 2003; 3:113-25.

Ribeiro, FA. Atenção primária (APS) e sistemas de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. [dissertação] Mestrado em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. 325p. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(3):316-19.

Tesser, CD. Medicinalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface* (Botucatu) [online]. 2006; 10(19):61-76.

Valentim, IVL, KRUEL, AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(3):777-88.

Ximenes Neto FRG, Aguiar DT, Martins FR, Silva RCC, Cunha ICKO. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré – Ceará. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* São Paulo jul 2011; 11(1):9-16.