

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO DAS PROPOSTAS APROVADAS EM UMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE COM A (Ó)ÉTICA DE IVAN ILLICH

Samara Jamile Mendes¹

Leonardo Carnut²

Resumo

A medicalização é um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina e destitui da vida dos indivíduos o conhecimento sobre seus corpos, influenciando em suas autonomias. Por isso, os medicamentos são entendidos como mercadorias que subsumem os sujeitos à lógica medicalizante. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar as propostas aprovadas relacionadas à assistência farmacêutica e sobre os processos de medicalização na 19ª Conferência Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. Para isso, utilizou-se o Relatório Final da conferência e realizou-se uma análise de conteúdo do com o intuito de evidenciar nas propostas suas contradições intrínsecas a partir da 'ótica' e da 'ética' de Ivan Illich sobre o processo por ele denominado 'invasão farmacêutica'. Foram identificadas 7 propostas e 2 moções que puderam ser consideradas como 'corpus' do texto sob análise por se relacionarem com a assistência farmacêutica e com o processo de medicalização da vida. A ó(é)tica illichiana permitiu ver com o processo de controle social no SUS ainda permanece em uma retórica antiga, assíncrona, por mais que apresente tinturas de modernização como 'desmedicalizar' 'integrar' e 'homeopatizar' os serviços.

Descritores: Assistência farmacêutica. SUS. Medicalização. Controle Social. Ciências Sociais.

¹Doutoranda em Fármaco e Medicamentos – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (FCF-USP)

²Professor de Sociologia, Estudos Sociais e Pesquisa Qualitativa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

INTRODUÇÃO

A medicalização é um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina e destitui da vida dos indivíduos o conhecimento sobre seus corpos, sobre sua situação de salubridade, de adoecimento, culminando na captura da escolha sobre sua própria submissão à intervenção médica. Isso demonstra como a medicalização impacta diretamente a autonomia dos indivíduos, tornando-se uma sofisticada forma de controle social (BRITO, 2012).

No que tange especificamente ao uso dos medicamentos como mercadoria (MARX, 2013) que subsumi o sujeito à lógica medicalizante, é muito comum a população buscar por um alívio imediato dos sintomas como forma de garantir sua continuidade no mundo da produção. Assim, constata-se que cada vez mais pessoas depositam sua confiança em receitas rápidas, que possam diminuir o mal-estar sem se preocupar em buscar um sentido para a dor e o sofrimento. Neste sentido a mercadoria-medicamento (LEFÈVRE, 1991) é a forma concreta mais fetichizada da reificação do humano e do social.

Um exemplo claro é a multiplicidade de “diagnósticos” psicopatológicos e de terapêuticas que simplificam as determinações dos transtornos infantis e retornam a uma concepção reducionista das problemáticas psicopatológicas e de seus tratamentos. Esta concepção utiliza, de modo singularmente inadequado, notáveis avanços no terreno das neurociências para deles derivar, ilegitimamente, um biologicismo extremo que não dá qualquer valor à complexidade dos processos subjetivos do ser humano (GIUSTI, 2016).

Por isso, entendemos por medicalização, não apenas a captura do saber popular sobre pela instituição médica, mas todos os processos em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está “adequado” às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, defeito sistêmico ou ainda problema bio-moral (ILLICH, 1975) que se expressa no adoecimento do indivíduo.

O uso intensivo da tecnologia (tendo o medicamento como produto sui generis desse avanço) vem se procedendo de maneira sumária, esquemática e carente de verdadeiro rigor científico dos quadros diagnósticos e das postulações dos novos processos psicopatológicos a partir de observações e de agrupamentos arbitrários de riscos, baseados em antigas e confusas noções entre normal e patológico (CANGUILHEM, 2002).

Por isso a assistência farmacêutica vem no bojo dessa discussão, discutindo no país possibilidades de reflexão sobre a compreensão do medicamento como tecnologia e como mercadoria. A área de assistência farmacêutica se propõe a partir dos últimos 15 anos, a incorporar um olhar ampliado, entendendo o medicamento como meio e não fim, portanto procura desconstruir a ideia do medicamento como produto-forma da medicalização. Esse processo tem se desenvolvido com mais intensidade no SUS, o campo de origem da assistência farmacêutica.

No processo de controle social no SUS, tradicionalmente realizado pelas Conferências e Conselhos de Saúde (ROLIM, 2013; BARBOSA, ALMEIDA, 2014), tem se visto cada vez mais os delegados e delegadas preocupados em defender propostas relacionadas à assistência farmacêutica no SUS. Por outro lado, o papel da medicalização ainda persiste e tem, nos próprios partícipes das conferências sua insistente defesa, demonstrando a contradição existente e expondo do SUS como cenário deste conflito.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar as propostas aprovadas relacionadas à assistência farmacêutica e sobre os processos de medicalização na 19ª. Conferência Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo. A proposta desse estudo é evidenciar as contradições intrínsecas nas propostas aprovadas a partir da ‘ótica’ e da ‘ética’ de Ivan Illich sobre o processo por ele denominado ‘invasão farmacêutica’ do setor saúde (ILLICH, 1975).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A aproximação do objeto de estudo foi realizada através da abordagem qualitativa, tomando-se a análise documental como método eleito para a coleta e para a produção do dado. Cellard (2008) justifica o uso dos documentos como fonte de pesquisa pelo fato de que, além de ampliar o entendimento sobre questões socioculturais, estes materiais são um testemunho registrado de atividades particulares ocorridas num passado recente.

Para trabalhos que se debruçam sobre a realidade de um sistema ou serviço a recolha de documentos em forma textual provenientes de organismos públicos (QUIVY, CAMPENHOUDT, 2008) parece a forma mais adequada para uma primeira aproximação, já que este método não depende de pessoas que cedam entrevistas (LIAMPUTTONG, EZZY, 2005) tornando o processo de coleta mais célere.

Assim, o documento usado nessa pesquisa foi o Relatório Final da 19ª. Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, ocorrida em março de 2018. Foram extraídas do Relatório Final as propostas aprovadas em plenária final que estavam diretamente relacionadas com a Assistência Farmacêutica no SUS e direta e indiretamente relacionadas com a medicalização da vida tendo.

Após isso foi procedida uma análise de conteúdo, estrutural-analítica (QUIVY, CAMPENHOUDT, 2008) com o intuito de dialogar com a ‘ótica’ sobre a ‘invasão farmacêutica’ e sobre a ‘ética’ antimoderna que Ivan Illich traz em seu livro ‘*A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*’ (ILLICH, 1975).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após os processos de pré-análise, impregnação e organização do procedimento de análise, foram identificadas 7 propostas e 2 moções que puderam ser consideradas como ‘corpus’ do texto sob análise por se relacionarem com a assistência farmacêutica e com o processo de medicalização da vida.

Dentre as propostas que estão diretamente relacionadas aos medicamentos, seu uso e a assistência farmacêutica estão as propostas 127, 211, 237.

“Proposta 127. Implantar em todas as regiões de saúde um serviço de farmácia de referência (alto custo) até 2020, de acordo com as diretrizes e cronograma estabelecido por SMS/ATAF, para dispensar medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para os pacientes tratados e acompanhados nas Unidades de Saúde sob gestão municipal, de acordo com os PCDT/MS e demais condições estabelecidas pela Portaria GM/MS 1554/2013.”

No SUS, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS.

Segundo os dados oficiais do Ministério da Saúde, sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) por meio das diferentes linhas de cuidado.

Contudo, Illich já alertava que o superconsumo de medicamento e a necessidade de, cada vez mais novas especialidades farmacêuticas sejam necessárias está associada à multiplicação das associações que permite ao médico evitar a procura de uma etiologia distante e orientar a ação no tratamento dos sintomas. Isso é o que Illich batiza de ‘transformação do modesto saber médico tradicional por um pseudo-saber farmacêutico’, entendendo como saber médico tradicional práticas ditas antigas ou populares em detrimento do desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica.

Não obstante, a proposta 211 ratifica a questão.

“Proposta 211. Garantir o abastecimento eficiente de insumos\medicamentos no almoxarifado central por SMS de modo que não haja descontinuidade na assistência.”

eticamente o que está em jogo é a perda de autonomia sobre seus corpos com sua desmensuração do medicamento. Illich aponta que isso faz parte da *iatrogênese social* provocada pela medicina ‘moderna’. Trata-se de uma nova e penosa moral que gera desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em *perda de autonomia na ação* e no *controle do meio*, determinada pela medicalização da vida. Isso claramente torna-se consequência da influência do paradigma cartesiano a medicina científica moderna.

Na proposta 237, a contradição holismo-biotecnismo é bem evidente.

“Proposta 237. Contratar médicos homeopatas no serviço do CPN e garantia da medicação no território.”

É importante lembrar que a epistemologia hegemônica aplicada no cotidiano da atenção à saúde origina-se no paradigma mecanicista e analítico de René Descartes, aliado ao empirismo de Francis Bacon, reforçado pelo positivismo de Augusto Comte, no qual o todo é dado pela soma das partes e a noção de causalidade linear é prevalente, apesar das recentes mudanças ocorridas nas teorias científicas, principalmente provindas da física.

Assim, Kleinman (1995) usa o termo “biomedicina” como sinônimo da medicina ocidental estabelecida sobre estruturas de dominação e poder dos profissionais sobre a população, reconhecendo apenas as causas orgânicas da doença e excluindo as práticas alternativas como a homeopatia e, mais recentemente, a medicina holística.

A apropriação do saber popular, fitossanitário faz parte do processo de ‘medicalizar’ e as propostas das biotecnociências é a captura deste saber com o intuito de transformá-los em *commodities*. Assim, as propostas mais alternativas, que apresentam o holismo como eixo orientador e que anseiam um rompimento com essas práticas hegemônicas também são vítimas da lógica medicalizante, expondo o senso comum a ordem do capital.

Como exposto por Alves (1981), não se trata aqui de fazer apologia ao senso comum e muito menos subestimar a contribuição da ciência em benefício da humanidade, mas apenas resgatar o valor do senso comum no processo de produção e socialização do conhecimento, pois, se de um lado consideramos aceitável a ideia de que quando se trata do mesmo ponto, é de se esperar, no entanto, que a ciência seja mais segura, mais exata, mais refinada; não se pode afirmar, porém, que tudo que seja científico seja mais preciso e mais certo do que tudo o que nos vem do conhecimento vulgar.

Entretanto, Illich aponta que, o processo de destituição da informação sobre si, seu corpo e como a comunidade lida com a doença é tão intenso que, praticamente a informação desapareceu. Foi substituída por uma única menção, na caixa, que se trata de insulina, vitaminas, pílulas para dormir ou de pílulas contraceptivas, "para uso somente sob prescrição médica", como forma de controle e privação da autonomia dos sujeitos, ainda que se considera o conceito de uso racional de medicamentos, entendendo como uma forma de possibilitar condições melhores de saúde para as pessoas, e não somente racional e científico.

Outras propostas já se apresentam diretamente ligadas à desmedicalização, contrapondo-se ao princípio da integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

“Proposta 171. Desmedicalizar as ações de saúde para avançar no modelo de atenção integral.”

A perspectiva desmedicalizante é proposta pelos delegados e delegadas como um avanço no modelo de atenção. Contudo, não se pode imputar ao modelo de atenção a possibilidade de desbiomecalização das práticas de saúde em geral, nem à medicalização em particular. Este é um processo sócio-histórico situado a partir da segunda metade do século XX, e que se inicia com a crise no modelo cartesiano-positivista até então dominante na saúde.

Os próprios profissionais da saúde identificam a necessidade de mudança no sistema e começam a construir um novo paradigma, contudo a resistência a ele ainda é voraz e tem sua contradição marcada por suas próprias práticas no que Illich aponta como à ‘justiça à medicina’. Para o autor a prescrição abusiva de medicamentos nos países capitalistas é o argumento favorito dos que, desejando fazer justiça à medicina e protegê-la das ligações com a indústria farmacêutica, preconizando a formação prática dos profissionais por organismos públicos mais do que pelos privados. Segundo esses críticos, se os médicos prescrevem a torto e a direito na França como nos Estados Unidos, isso se explica pelas pressões que os laboratórios exercem sobre os clínicos assoberbados de trabalho. E acentua-se que o mais claro da formação pós-universitária dos médicos é a atuação dos laboratórios.

Não é à toa que a proposta 6 aparece em face do limite de acesso que a população tem aos medicamentos, necessitando seu potencial fornecedor como objeto de desejo.

“Proposta 6. Garantir a continuidade do programa mais médicos no território e ampliar o número de vagas de acordo com as necessidades do território.”

Em que pese a relevantíssima política nacional de acesso a atenção primária e o papel do médico na equipe, assim como a histórica e desigual distribuição de médicos no país promovendo a desassistência em grande parte das regiões/territórios vulneráveis, rurais e de difícil acesso, esta proposta assenta a ideia da medicalização. A presença necessária do

médico para acesso ao medicamento ainda a persistente ideia do médico-prescritor que habita do ideário social na população.

Mesmo com os avanços na formação em saúde, especialmente no que tange à medicina, ainda há uma esperança no médico como ‘salvador das enfermidades’ tendo o medicamento como tecnologia para isso. Assim como aponta Illich, os medicamentos se transformam cada vez mais em utensílios reservados legalmente e tecnicamente aos médicos, as pessoas estão cada vez mais inclinadas a se infligir danos com estes, sejam prescritos ou obtidos de contrabando, já que, em áreas remotas, o acesso ao médico é escasso.

A proposta 232 reafirma o ideário anteriormente citado, agora mais especializado e reforçando a lógica da medicalização da vida cada vez mais intensa e fragmentada.

“Proposta 233. Ampliar o quadro de médicos especialistas, ressaltando a hematologia, ginecologia, psiquiatria, pediatria, urologia, ortopedia, neurologia infantil, reumatologia e oftalmologia.”

Tesser e Luz (2002) aponta que medicina ainda padece do processo de redução da enfermidade à doença. A atenção dos médicos desvia-se do paciente como pessoa total. Enquanto a enfermidade é uma condição do ser humano total, a doença é a condição determinada por *parte do corpo* e, em vez de tratarem os pacientes que estão enfermos, os médicos concentram-se no tratamento das suas doenças. Àqueles cabe descobrir a doença, classificá-la de acordo com a nosografia médica e então administrar tratamento atual (em voga na ciência).

As doenças, seus critérios diagnósticos e fatores de risco, de intersecção variável com o adoecimento e a vida levada pelos doentes obscurecem um vislumbre sobre a evolução global do paciente. Este está “esquartejado” epistemologicamente por síndromes e doenças de aparelhos orgânicos (especialistas) bem separados por uma fisiologia e fisiopatologia biomecânica que sabe muito de patologias, microorganismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas do corpo e pouco das ligações e inter-relações sutis e complexas entre tudo isso e a vida vivida pelo doente.

É assim que a perspectiva epistemológica da biomedicina se reafirma enquanto positivista. Assentada na pressuposição de encontrar na razão um critério inequívoco de determinação de cientificidade, frequentemente associado de modo excludente a ideias de verdade e reprodução fidedigna de um mundo real, trata de estudar o que ocorre na realidade observada de forma objetiva (TESSER, LUZ, 2002).

Na abordagem biomédica, o real e o objetivo é a doença, que se tornou o constructo teórico operacional em torno do qual gira toda a lógica hegemônica da biociência. Por isso é importante lembrar que a doença é vista apenas como fenômeno físico, decorrente da rigorosa divisão que Descartes fez entre corpo e mente, o que propiciou os profissionais de saúde se concentrarem na máquina corporal e negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença (TESSER, LUZ, 2002).

Não obstante, mais uma vez os partícipes da conferência reclamam ao Estado sua convivência como todo esse processo narrado.

“Proposta 242. Recompôr o quadro de médicos dos AMA em todo município através de concurso público.”

Para Illich, o Estado é parte responsável por sustentar a racionalidade da empresa médica e, por conseguinte das somas vultuosas das despesas médico-farmacêuticas. Em seus

exemplos como no caso da França, onde as despesas da indústria farmacêutica aumentaram a uma taxa de 16-17%, o número de receitas prescritas cresceu em torno de 5-6% ao ano. Illich ainda relata que a ética médica reduz o encontro profissional-paciente à prescrição de uma especialidade farmacêutica.

Como moções, ao final, os delegados da conferência votaram uma moção de apoio a necessidade medicamentos e outra de repúdio a um secretário de saúde que não cumpriu com suas promessas de construção de unidades básicas de saúde, com médicos e medicamentos.

“Ter mais médicos nas unidades de saúde, reformar e fazer adequação nas salas de todos os centros de conveniência – CECCO. Ter mais medicamentos e em quantidade suficiente nas farmácias de todas as regiões.”

“Sr. Secretário dr. [xxxx], os 75 mil moradores do jardim damasceno e região exigem a construção das UBS do jardim damasceno urgente. Mais medicamentos para as farmácias, mais médicos, porque quando precisamos passar porque se está doente, a consultar as consultas são marcadas para 10 ou mais dias. Precisamos de médicos especialistas como: geriatras, ortopedistas, pediatra, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social e outros de acordo com a necessidade da população.”

Essas moções findam por coroar a associação entre lógica medicalizante e medicalização do social, sobrando muito pouco (ou quase nada) à assistência farmacêutica com proposta inibidora desse processo.

É interessante perceber que os participantes ainda reiteram em sua proposta a ideia do corpo humano considerado como uma máquina que pode ser analisada peça a peça e a doença vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular. Para eles e elas, o papel dos profissionais de saúde é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enquiçado.

Impressiona perceber que quatro séculos depois de Descartes, a medicina ainda mantém esse paradigma dominante e centrado numa abordagem hospitalocêntrica, curativista e verticalizada. O corpo (objetivo) foi privilegiado no processo de tratamento e cura, em detrimento da mente (subjetiva), esquecendo-se que o homem é produto do meio em que vive, sendo assim o ser humano na sua totalidade resultante de uma combinação de fatores biopsicossociais, ou seja, o todo é mais do que a soma das partes (KLEINMAN, 1995).

Illich, e sua análise pessimista e antimoderna da sociedade capitalista diria que, sob essas circunstâncias, cada vez mais, o médico se vê em face de duas categorias de ‘demandadores de consultas’ e de ‘toxicômanos’: à primeira, ele prescreve drogas que criam hábitos, sensações e dependência; à segunda, dispensa cuidados para tratar de pessoas que se intoxicaram por conta própria. No capitalismo, quanto mais rica é a comunidade, maiores são as possibilidades de que seus pacientes pertençam às duas categorias.

PRIMEIRAS CONCLUSÕES

Em nossa análise, ainda que preliminar, é possível fazer uma aproximação do que o Illich aponta sobre o uso dos medicamentos e a medicalização da vida proporcionada pelos profissionais médicos, sua racionalidade científica e induzida pelo Estado, como traços presentes ainda hoje, e, mais impressionantemente, defendidos por delegados e delegadas

representantes de segmentos de trabalhadores, usuários e gestores do SUS, ou seja, por aqueles que deveriam realizar uma crítica a esse processo.

A ótica illichiana permitiu ver com o processo de controle social no SUS ainda permanece em uma retórica antiga, assíncrona, por mais que apresente tinturas de modernização como ‘desmedicalizar’ ‘integrar’ e ‘homeopatizar’ os serviços.

Do ponto de vista ético, é notório que as propostas relacionadas representam a continuidade subsunção do lugar do encontro profissional-usuário à prescrição medicamentosa médica. A ética mercadológica, comercial, receituária e consumista de produtos que podem aliviar é a ordem que ainda prevalece no consenso dos que participaram como delegados e delegadas nesta conferência.

Por isso, que criticar a qualidade do controle social no SUS se faz tema da ordem do dia. Mapear interesses dos segmentos, discutir seus repertórios teóricos dos participantes e analisar os consensos produzidos demonstram em que caminho o SUS pode seguir caso suas propostas sejam implementadas. É aí que reside a maior contradição. É no afã de estarem controlando o sistema, que é o sistema que mais uma vez promove o controle de todos.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, R. Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Brasiliense, 1981.
2. BARBOSA, D.R.M.; ALMEIDA MG. Controle social no campo da saúde: considerações para debate. JPMHC. 2014.
3. BRITO, M.A. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Ciênc. saúde coletiva. 2012, vol.17, n.9, p. 2554-2556.
4. CANGUILHEM, G. O conhecimento da vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
5. CELLARD, A. Análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008. pp 295-316.
6. GIUSTI, K.G. Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. Revista Brasileira de Sociologia, v. 04, no. 08, Jul. Dez, 2016.
7. ILLICH, I. Capítulo II. A máscara sanitária de uma sociedade mórbida. In: _____. A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1975, pp 43-74.
8. KLEINMAN, A. What is specific to biomedicine? In: _____. Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California. Press; 1995.
9. LEFÈVRE, F. Capítulo 1. O medicamento do ponto de vista do social. In: _____. O medicamento como mercadoria simbólica. Cortez: São Paulo, Brasil, 1991. 159 p. pp 35-73.
10. LIAMPUTTONG, P.; EZZY, D. Unobtrusive methods. In: _____. Qualitative research methods. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press. 2005. p. 100-123.
11. MARX, K. O Capital: Crítica da Economia Política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013. Tradução: Rubens Enderle.

12. OLIVA, A. Epistemologia: a cientificidade em questão. Campinas: Papyrus; 1990.
13. QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. A observação. In: _____. Manual de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos. 5ª. edição. Lisboa, PT: Gradiva. 2008. p. 156-207.
14. ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde debate [Internet]. 2013; 37(96): 139-147.
15. TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. Cien Saude Colet 2002; 7(2): 363-372.