

## Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima  
Marta Inez Machado Verdi

**Resumo** Voltando-se para a gestão do social recomendada pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, o presente trabalho buscou desenvolver uma reflexão sobre como médicos de família italianos vivenciam a relação saúde e sociedade na experiência de suas práticas. Trata-se de um estudo de campo, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, realizado em 2007, na Província de Roma, Itália, com médicos de família italianos. Realizada na perspectiva da bioética cotidiana, a análise revelou que a dimensão antropológico-social na experiência de prática da medicina de família italiana depende do contexto no qual a prática se produz e que a gestão social do risco, no âmbito individual, é um elemento constitutivo comum. Apreendeu-se que ao tratar a relação saúde e sociedade tendo em vista uma dimensão moral, para uma prática ética, cria-se a possibilidade de alimentar a utopia de fazer da atenção primária de saúde o centro de sistemas nacionais de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde. Sociedade. Medicina de família e comunidade. Bioética. Itália.

**Aprovação CEP/UFSC 213/07**



**Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

Mestre em Saúde Pública pelo programa de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), doutoranda em Saúde Coletiva do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil

No campo conceitual, as expressões adotadas para designar as sociedades capitalistas atuais são múltiplas: sociedades complexas, pós-industriais, pós-materiais, tardo-capitalistas, de informação, capitalismo tardio <sup>1,2</sup>; sociedade da modernidade fluida <sup>3</sup>; sociedade intervalar; sociedade de transição paradigmática <sup>4</sup>; sociedade moderna reflexiva <sup>5</sup>; sociedade moderna <sup>6,7</sup> e sociedade de risco <sup>5,8</sup>.

Entendendo essas sociedades como sistemas abrangentes baseados na informação, o sociólogo e psicoterapeuta italiano Alberto Melucci reconheceu, na década de 80, o declínio da concepção de sociedade como totalidade ao demarcar as especificidades socioculturais circulantes nos microespaços da vida cotidiana como um elemento estruturante da nova configuração social <sup>1</sup>.



**Marta Inez Machado Verdi**  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública e do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil

Uma das especificidades apontadas como marca das sociedades capitalistas atuais é a contradição: de um lado, uma vertiginosa produção de informações e recursos simbólicos, que potencializam a individualização no afã de construir *terminais confiáveis de redes informativas* a partir de sujeitos autônomos; de outro, a submissão dos processos internos individuais ao controle de uma ordem simbólica que regula o espaço no qual é modelado o sentir e a motivação para agir. Assim, as sociedades contemporâneas atuariam como produtoras e interventoras de si mesmas, a partir do processo de individualização e regulação <sup>1</sup>.

Na mesma direção e tempo histórico, Ulrich Beck, sociólogo alemão, compartilhou da ideia de esgotamento do desenho de sociedade como totalidade, apontando para a emergência de novo formato societário, que abria veredas para uma modernidade reflexiva. Entendendo por reflexividade a *consciência da necessidade de confrontar os riscos* <sup>5</sup>, Beck sinaliza que nesta sociedade eclodiram ambivalências irreduzíveis e uma fase autônoma: a *sociedade de risco*, em cuja dinâmica o *risco* coabita com a *existência*.

No âmbito da saúde pública em sociedades capitalistas, os terminais confiáveis de redes informativas, descritos por Melucci <sup>1</sup>, bem como a noção de reflexividade de Beck <sup>5</sup> podem ser reconhecidos como recursos estratégicos da atenção primária de saúde (APS) para viabilizar a *gestão do social* <sup>7</sup>, na modalidade de autogestão da saúde. Dentre as metas da *gestão do social* <sup>7</sup> recomendadas no *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, de 1978, destacam-se: 1) a exigência de fomento à consciência individual e social para autorresponsabilidade e autodeterminação, sinalizando que a gestão de problemas de saúde passaria a ser enfrentada a partir da gestão de singularidades individuais, conferindo, dessa forma, aos atributos particulares de autorresponsabilidade e autodeterminação o papel de meio social para a obtenção do maior grau de saúde; 2) compromisso com o princípio de coope-

ração para promover a autorresponsabilidade nacional e equidade, entre outras <sup>9</sup>.

Em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirmou a meta *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* <sup>10</sup>. A partir de então, houve um chamado da comunidade científica para a consolidação da APS, a partir de investimento em comunidades autônomas, governos responsáveis e apoio externo <sup>11</sup>.

Considerando os médicos de família como parte estruturante da gestão do social no âmbito da APS, este artigo busca desenvolver uma reflexão sobre como médicos de família italianos vivenciam a relação saúde e sociedade na experiência de suas práticas. Parte do entendimento de saúde como um bem universal <sup>12</sup>, valor comum a todos e passível de ser exercido ou aproveitado por todas as pessoas. Como valor universal em essência, a saúde se manifesta de diversas formas e é conquistada mediante a possibilidade de o ser humano enfrentar os desafios cotidianos, pela margem de tolerância que possuem para superar as infidelidades do meio. A doença, por sua vez, é aqui concebida como um estado do indivíduo no qual há *uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio; um estado de viver em um meio diferente* <sup>13</sup>, que produz interferências na dinâmica biológica.

A reflexão será norteada pela bioética cotidiana, referencial de ética aplicada proposto por Giovanni Berlinguer. Esse marco teórico é comprometido com as questões humanas e tensões cor-

relatas produzidas nas relações cotidianas em seus contextos político, cultural e social. A bioética cotidiana é um campo de saber complexo que requer a aproximação com abordagens pluralistas, laicas e multidisciplinares, pois entende o fenômeno humano como produção social cotidiana de caráter heterogêneo que, para avançar e colocar-se a serviço de um mundo mais justo, demanda um processo ético compartilhado <sup>12</sup>.

### **Medicina de família italiana e sua relação com o Estado: breve retrospectiva**

Giorgio Cosmacini refere que os primeiros movimentos para a construção do médico de família italiano, inicialmente chamado médico *condotto* (municipal), foram observados no século XVII. Esta categoria médica manteve-se vinculada ao Estado até o século XX <sup>14</sup>.

A partir da Reforma Sanitária De Lorenzo-Garavaglia, que instituiu em 1992 um modelo regionalizado de gestão, o *status* da categoria mudou: por meio de seu sindicato, a medicina de família decidiu pela medicina privada, passando a compor o sistema privado de atenção em saúde, conveniado ao sistema <sup>15,16</sup>. Um dos efeitos da Reforma foi o afastamento do Estado do compromisso de priorizar a APS, instituída pelo *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), em 1978. A escolha pela regionalização acabou enfraquecendo a medicina de território.

Em 2007, o Conselho de Ministros, órgão colegiado que compõe o governo, aprovou o projeto voltado para a medicina de território

denominado Ganhar Saúde, que consistia em um programa de proteção universal da saúde, acordado entre níveis institucionais e governo. O objetivo era promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamento visando o enfrentamento individual dos principais fatores de risco (fumo, álcool, alimentação incorreta e sedentarismo), com o propósito de garantir a sustentabilidade em eficiência e eficácia dos serviços sanitários <sup>15</sup>.

Em 2008, em Roma, uma conferência promovida pelo Ministério da Saúde, com a participação das regiões, operadores sanitários, forças sociais e associações de moradores, objetivava propor uma discussão coletiva sobre o projeto ministerial de medicina de território. Idealizado em 2006, a Casa da Saúde previa a construção de um governo clínico territorial <sup>15</sup> que, na realidade, havia sido projetado na década de 60 em formato afim e apresentado ao Parlamento italiano: o Plano Berlinguer, para a descentralização do sistema <sup>14</sup>.

A conferência propôs à medicina de família um pacto de direitos e deveres: transformar a APS em um sistema de governo clínico territorial (distrital) formado por médicos distritais, especialistas ambulatoriais, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos administrativos distritais e comunidades. A Casa da Saúde corresponderia a um conjunto de atividades interdisciplinares voltadas para as necessidades sociais de saúde, focada especialmente na programação para o cuidado domiciliar e para a educação do autocuidado, com funcionamento 24 horas/dia <sup>15</sup>.

Entretanto, já havia um programa domiciliar estatal, ainda que de menor espectro: o Centro de Assistência Domiciliar (CAD), criado na década de 90 e efetivado no ano 2000. Consistia em uma proposta sistemática de livre escolha da medicina de família, voltada para moradores de zonas rurais, comprometidos em sua locomoção por questões sociais, físicas ou psíquicas. De competência do território, o CAD tem sede distrital e médicos de família são responsáveis pela avaliação das pessoas cadastradas. De acordo com as necessidades, solicitam apoio de assistentes sociais, enfermeiras, fisioterapeutas e médicos especialistas <sup>15</sup>.

Como consequência dessas múltiplas discussões e iniciativas a medicina de família foi de fato reavivada na Itália neste início do século XXI, como especialidade clínica para os cuidados primários de saúde. Dessa forma, passou a representar a principal estrutura do *Servizio Sanitario Nazionale*. Segundo a Sociedade Europeia de Medicina de Família (*Wonca Europe*), a prática contempla cuidados longitudinais e abordagem humanizada. É centrada no sujeito em suas múltiplas dimensões, física, psicológica, social, cultural e existencial, e orientada para o indivíduo, família e comunidade <sup>15</sup>.

A definição de medicina de família da *Wonca Europe* vai ao encontro da experiência dos médicos de família italianos. Conforme relata um diretor sanitário, entrevistado em um dos contextos contemplados nesta pesquisa, o médico de família daquele país deve ser considerado um verdadeiro filtro nos dois primeiros níveis de assistência: nível 1 - ações preventivas coletivas e; nível 2 - ações distritais assis-

tenciais. De modo geral, o vínculo inicia-se aos seis anos de idade, mas há liberdade para que a criança continue sob os cuidados do pediatra (que, apesar de especialista, compõe o quadro da APS) até 14 anos e, em caso de pedido familiar justificado, até os 16 anos <sup>15</sup>.

A atenção é prestada em consultório particular e em domicílio. As pessoas têm o direito de escolher o médico de família que desejam em qualquer município pertencente ao distrito em que vivem, não sendo necessário que a escolha médica esteja vinculada ao município de residência. O delineamento *per capita* da prática da medicina de família dá-se sob o teto máximo de 1.500 pessoa/médico. Dessa forma, o número de médicos conveniados ao SSN/município está diretamente relacionado ao número de habitantes. Os vencimentos da categoria, em 2007, estavam fixados em quatro euros/paciente, independentemente de o sujeito ter ou não solicitado cuidados médicos. Ambos, médico e usuário, podem cancelar o convênio a qualquer tempo. Cabe mencionar que o médico de família, enquanto profissional liberal, realiza também a medicina privada, mas na Itália predomina o contrato com o setor público <sup>15</sup>.

### O percurso metodológico

Trata-se de um estudo empírico, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, realizado em 2007, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Participaram dezessete médicos de família conveniados ao SSN, atuantes na Província de Roma, região Lazio-Itália, graduados em medicina entre 1975 e 2000. Todos

possuíam especializações em outras áreas médicas, mas exerciam somente a medicina de família, na modalidade medicina de grupo.

A pesquisa foi realizada em três contextos diferenciados da Província de Roma: metrópole, município urbano-industrial e município urbano-agrícola. A metrópole, com mais de 2,5 milhões de habitantes, detentora de riquíssimo patrimônio histórico e arquitetônico, vem tendo aumento demográfico nos últimos anos e o ritmo de vida não poderia deixar de ser aquele que caracteriza sociedades velozes. O contexto urbano-industrial corresponde a uma cidade jovem, extensa territorialmente, com população aproximada de 100 mil habitantes. Projetada por arquitetos e fundada estrategicamente no século XX, para dar suporte ao desenvolvimento industrial da Província de Roma, as atividades de médicos de família nessa cidade, de modo geral, acompanham o ritmo frenético que desenha o cotidiano de italianos romanos. O terceiro contexto, de origem latina, etrusca e volsca é uma cidade urbano-agrícola que conta com 50 mil habitantes e tem o século VI como marco de sua historicidade. Na Idade Média, foi uma das poucas cidades autônomas da região Lazio a conservar vida própria. Proclamou a República no século XVIII, viu-se destruída pela Segunda Guerra Mundial, reconstruiu-se com coragem e hoje se apresenta como uma bela cidade, tranquila e acolhedora, cujo espaço urbano é um verdadeiro museu aberto e o rural, basicamente agrícola <sup>15</sup>.

O processo de solicitação e autorização para o estudo em nível institucional, bem como a seleção dos participantes, deu-se por meio dos

gestores distritais da região, os diretores sanitários. A pesquisa não foi submetida ao comitê de ética italiano, já que para a Itália tratava-se de pesquisa com sujeitos apropriados de faculdades cognitivas que haviam firmado a participação por consentimento livre e esclarecido. O anonimato dos sujeitos foi garantido pelo uso de codinomes de cineastas, construtores e seguidores do neorealismo italiano.

Ao instrumento semiestruturado, construído para guiar a busca por prováveis implicações éticas presentes nos discursos de médicos de família sobre autonomia do sujeito e solidariedade na APS, agregou-se a seguinte questão: *como a medicina de família pode contribuir com o enfrentamento dos obstáculos que a vida impõe às pessoas na contemporaneidade?*

Após transcrição fidedigna, os dados foram organizados, tratados e analisados pela técnica de análise-conteúdo, cuja dinâmica orienta-se por procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das falas<sup>17</sup>. Na etapa de organização, procedeu-se a leitura para apreender os núcleos dos sentidos que continham significações pertinentes ao objeto do estudo. Os núcleos foram recortados em temas que constituíram as unidades de registro, as quais tratadas e codificadas resultaram na categoria analítica apresentada a seguir.

### **Medicina de família prescritiva versus medicina de família da pessoa**

A análise dos dados expressou que a dimensão antropológico-social na experiência de prática

da medicina de família italiana depende diretamente do contexto no qual a prática se produz e que a gestão social do risco, no âmbito individual, é elemento constitutivo comum.

No contexto metropolitano, o exercício da medicina da pessoa revelou-se experiência sombria. A burocracia, a velocidade da vida atual, a presença de desarranjos sociais mais expressivos, a disposição de inúmeros recursos tecnológicos e a ausência de convivência e reconhecimento mútuos no tecido social acabam por desaguar no exercício de uma medicina de família anônima. Desse modo, há tendência à prática prescritiva, que induz ao esvaziamento das potencialidades de interlocução que contemplem os modos singulares com os quais as pessoas percebem, experimentam, sentem e pensam saúde, bem como sua relação com as condições de vida, conforme revelado na fala dos entrevistados: *“...eu disse a mim mesma: não posso exercer a profissão [de acordo com meus valores] na capital senão enlouqueço, o ritmo é duro demais e não sou um manager [...] é fazer receita o tempo todo além do desarranjo social [...] aqui as pessoas tendem a se dirigir mais aos especialistas (De Robertis)”*.

O depoimento acima revela um condicionante geral de saúde que vem assolando o processo de viver nas sociedades contemporâneas capitalistas: a construção de uma temporalidade acelerada. Especialmente em grandes centros, caracterizados por velozes trânsitos cotidianos, reais e/ou virtuais, a maioria das pessoas vem sendo condicionada a construir uma temporalidade acelerada, inserida na vida cotidiana como elemento constitutivo da

dinâmica social e, portanto, essencial para atuar em tais espaços. A partir da perspectiva do modelo teórico-conceitual de Beck <sup>5</sup>, pode-se inferir que tal aceleração é comportamento reflexo da opção de sociedade industrial que, na modernização reflexiva, não encontra espaço para a reflexão (pensamento), mas para a manifestação.

Em qualquer sociedade há dois fatores precípuos na indução da dinâmica social: o tempo e o espaço, que condicionam a estrutura social influenciando tanto a sociedade em si, enquanto estrutura e processo, quanto aquilo que cada um é na vida cotidiana nesta mesma sociedade. O modelo de organização social capitalista tem produzido transformações na percepção da temporalidade, distanciando-se de uma ordem “natural” do tempo (marcada por percepções difusas de passagem de tempo, oriundas de noções geográficas e cósmicas) e inserindo uma percepção fragmentada da temporalidade (expressa por horas, minutos e segundos). O efeito histórico dessa construção cultural da ordem temporal tem sido a aceleração na percepção da temporalidade. Essa tendência vem se materializando, formando seu sistema de significados e produzindo inscrições antagônicas.

Atualmente, observa-se que a aceleração do ritmo de vida instaurou uma luta diária nas pessoas para dominar o tempo, concomitante ao desejo de superar os limites de sua exiguidade frente à multiplicidade dos afazeres cotidianos impostos pelo capitalismo. Em paralelo, verifica-se também a inevitável submissão a esse ritmo desenfreado, medido em segun-

dos, que predomina nas grandes cidades, mas não se restringe a elas, que produz a sensação de perda de sentido e de controle sobre a própria vida. As tentativas individuais para consolidar no cotidiano essa temporalidade imposta como universal, e portanto imanente ao pertencimento às sociedades capitalistas e globalizadas, têm gerado irritação e angústia, como se depreende na fala de alguns entrevistados, que muitas vezes não conseguem instaurar em seu cotidiano pessoal e profissional a temporalidade que consideram necessária à reprodução dos valores que embasam sua própria moralidade e visão de mundo <sup>18</sup>.

Longe de pensar que o tempo presente demanda o retorno às raízes temporais atávicas, vale apontar que as relações humanas, fundadas nesta temporalidade, têm se assemelhado a relações contratuais, burocráticas, fugazes e reguladas pelo proveito recíproco, repercutindo nos movimentos humanos <sup>18</sup> e, em consequência, na produção social de saúde. Para a bioética cotidiana, as últimas décadas têm mostrado que é a perspectiva das pessoas que tem redesenhado os contornos da ética <sup>19</sup> e que uma maneira de melhorar os “indivíduos humanos”, mediante a via cultural, é aumentar a consciência moral <sup>20</sup>.

Aproximando-se da abordagem sociológica de Melucci <sup>1,2</sup> e de Beck <sup>5</sup> foi possível reconhecer o antagonismo no conflito apresentado no relato acima: *o de não poder exercer a medicina de família, de acordo com os próprios valores, em um grande centro para não enlouquecer*. Nessa fala se pode identificar a dicotomia segurança/insegurança, transitando entre disposição para

uma prática médica integrativa e regulação da potência para tal. Esse tipo de conflito compõe o funcionamento das sociedades capitalistas atuais, em cujo processo há descompasso entre as potencialidades para a ação integrativa e a capacidade para agir integrativamente <sup>1</sup>.

A questão que se coloca, na perspectiva da bioética cotidiana <sup>13,21</sup>, é que de alguma maneira tal descompasso gera desconexão com os prováveis resultados que a “opção por não exercer a prática de acordo com a visão de mundo pessoal” podem deflagrar, por exemplo: processo de trabalho insatisfatório resultante da negação de habilidades genuínas.

O relato aponta que, em contrapartida a essa disposição, a lógica do discurso parece internalizada como proveitosa, a sociedade *com tempo/sem tempo* sugere reconhecer o proveito da relação quando ela é estabelecida de modo rápido, prescritivo ou pontual: dirigindo-se ao especialista. Retomando Garcia <sup>20</sup>, é importante mencionar que não há muros intransponíveis sobre a possibilidade de criar-se nova cultura cotidiana na qual *o tempo fosse próprio*, utilizado e comandado pelas sociedades. Dito de outra forma, é possível desconstruir e inverter as posições, colocando o tempo de forma submissa a protagonistas ativos de uma sociedade transformadora. Rumo à produção (e também reprodução) social saudável. Esta parece ter sido a opção da entrevistada em questão, tal como se depreende de sua fala.

Ainda com relação à experiência de prática da medicina de família no contexto da metrópole, relatos expressaram que pessoas com par-

cos recursos econômicos tendem a estabelecer maior relação de confiança com a medicina de família, ao contrário de classes mais ricas, a ponto de projetar no profissional o entendimento de que a vulnerabilidade econômica pode potencializar o vínculo e favorecer o exercício de uma prática *com tempo* para ponderar especificidades.

Porém, também se observou que, de modo geral, a tendência ao vínculo não isenta as classes mais sofridas, de centros mais desenvolvidos, de exigirem a demanda prescritiva. Há ainda a realidade na qual pessoas com escassas condições materiais tendem a depositar seu cuidado na relação com a medicina de família porque: “...*ir ao especialista gera custos de locomoção e de ticket*. (De Robertis)”.

O *ticket* representa a coparticipação da sociedade no sistema. Com variação regional, é um tributo pago pelo setor produtivo italiano para garantir a média complexidade para categorias cuja renda familiar anual é inferior ao teto-base de isenção determinado pelo Estado; para aposentados pela previdência e seus dependentes (não fiscalmente independentes); para desempregados (por licença ou demissão) e familiares (não fiscalmente independentes); incapacitados civis e por acidentes de trabalho, dentre outros <sup>16</sup>.

De acordo com a *Gazzetta Ufficiale*, o Estado italiano decidiu por esse modelo de coparticipação mediante decreto firmado em 1989. Posteriormente, esse decreto sofreu modificações e foi regulamentado pela Lei nº 537/93, promulgada um ano após a regionalização do

sistema. A partir de então, as consultas a especialistas e os exames laboratoriais passaram a ser pagos pelos cidadãos e a justificativa governamental residiu na necessidade de contenção de abusos no uso de serviços especializados não essenciais e da indispensabilidade de incremento financeiro ao sistema, visando a equidade de acesso à média complexidade <sup>16</sup>.

No contexto urbano-industrial, criado para dar suporte ao desenvolvimento da capital, há semelhanças no formato do ritmo de vida em relação ao metropolitano, mas a experiência da prática da medicina de família transita entre o desencontro sombrio e o encontro relacional iluminado entre sujeitos: “...a demanda dos pacientes, às vezes, é superior a nossa capacidade e nem sempre temos tempo (Germi)”; “...receitas e repetições de receitas temos sempre mais e mais (Rossellini)”; “...a minha grande família de 1.500 pacientes cresceu comigo e estamos envelhecendo juntos; é belíssimo (Castellani)”; “...vejo as pessoas em sua globalidade, conheço seus medos e como está sua vida (Fellini)”.

Ao se reportarem sobre o cotidiano, médicos de família revelaram elementos fronteirços para uma prática que possa contemplar especificidades sociais e culturais da vida cotidiana, gerados pela ordem social vigente: a tendência de a sociedade exigir uma prática prescritiva em paralelo com o fato de a renda da categoria médica estar atrelada à própria sociedade. No entanto, expressaram também um comprometimento com a pessoa, materializado no diálogo sobre suas relações pessoais/sociais e no processo de reprodução, bem

como no respeito para com seus valores e construções histórico-culturais.

Para a bioética cotidiana, a submissão da experiência de prática médica à lógica prescritiva, no afã de não correr o risco de *perder* o sujeito que, ao final do mês, garante a receita, é moralmente questionável, pois as questões humanas e tensões correlatas produzidas nas relações cotidianas em seus contextos político, cultural e social requerem não *um submeter-se*, mas um processo ético compartilhado, alimentado pela disposição para uma relação harmoniosa entre vida moral e vida material.

Além disso, retomando a questão da ordem contemporânea do tempo e o universo de possibilidades para a emergência de protagonistas sociais ativos citados por Garcia <sup>20</sup>, à luz da bioética cotidiana, em todo tempo e em todo espaço as pessoas podem fazer-se sujeitos éticos em relações cotidianas. Podem produzir-se socialmente com bases éticas, mediante desconstruções do que está posto e que não está bom para o bem-viver em sociedade e mediante desconstruções e reconstruções de sistemas de valores e aspirações <sup>13,21</sup>. É possível inferir que a prática prescritiva materializa-se pela via da linguagem biomédica. Esta linguagem é um instrumento da racionalidade utilitária alheio à consciência pessoal que o sujeito carrega sobre o sentir-se com saúde ou sem saúde, pois está fundamentada na gerência do campo do outro a partir da introjeção de valores e projeções puramente biologicistas, fragmentados e cartesianos.

Entendida por Laplantine <sup>22</sup> como *modelo ontológico*, essa forma de linguagem tem sido a

base do objetivismo médico da sociedade contemporânea. Considerando que a ontologização da doença, como entidade nosológica, diz respeito a algo que existe independentemente de onde ela (doença) ganhe corpo, o modelo ontológico reconhece-se na lógica de que existe um *ser* da doença<sup>23</sup>. Tal percepção tem sido favorecida pela tendência de os seres humanos naturalizarem aquilo com que têm de lidar tecnicamente<sup>1-3</sup>, ou seja, tratar a hipertensão é menos árduo do que cuidar do sujeito com hipertensão. Além disso, essa visão focada promove ganho secundário: reduz o investimento temporal, indo ao encontro de relações do tipo contratual. Não pressupõe um encontro de relação, tampouco reconhecimento de construção cultural: basta avaliar a entidade hipertensão, categorizá-la do ponto de vista etiológico e prescrever.

Na esteira da bioética cotidiana, saúde é um bem universal conquistado historicamente em um contexto chamado *cultura*<sup>24</sup>. Nessa perspectiva, que sentido ético pode assumir o modelo biomédico no processo de viver se ele opera na ausência de movimento para explicar a realidade? Que sentido ético esse modelo pode ter se nega a *bridge to the past* que possibilita o encontro com as raízes culturais do direcionamento das ações humanas, no curso do tempo?<sup>21</sup> Que possibilidades de superação das infidelidades do meio podem ser vislumbradas no insistente cenário no qual *ser* doença torna-se cada vez mais ontológico?

Essas considerações sobre os valores implicados na prática profissional, bem como sobre a possibilidade efetiva de superar as limitações

impostas pelo meio, parecem refletir-se nas opções profissionais de alguns entrevistados. No contexto urbano-industrial, médicos de família trouxeram à luz um modelo de medicina de família distinto, uma medicina da pessoa, conforme demonstrado anteriormente na fala de um sujeito que vê beleza na construção histórica de seu universo de 1.500 pessoas; beleza essa que no sentido ético-estético do processo de trabalho pode ser entendida como determinante geral de saúde e recurso potencial para uma prática médica que vá ao encontro, de fato, da pessoa.

Cabe, neste momento, comentar uma particularidade do contexto urbano-industrial: este contexto, que se assemelha a um apêndice da metrópole, possui grande área territorial, mas sua população está disposta não de modo aglomerado, mas fracionado. Há bairros em colinas relativamente distantes, de acesso mais difícil, com ritmo de vida mais lento e bairros mais lineares, de dinâmica frenética, próximos aos distritos industriais. De acordo com os dados coletados, foi possível identificar que médicos de família que atuam em localidades distantes do centro da cidade e dos distritos industriais tendem a exercer uma prática mais interconectada com a dimensão antropológico-social do que aqueles mais avizinados do cotidiano industrial.

A peculiaridade sugere que médicos que atuam em regiões menos desenvolvidas economicamente, menos sujeitas a estímulos sociais emergentes, tendem a disponibilizar mais seu tempo, como se para eles o futuro condicionasse e determinasse em menor medida o tempo presente. Essa experiência, que parece

ainda residir na calma do viver, mostra-se saudável para ambos os sujeitos: fortalece autonomies e a satisfação com a vida.

A experiência de prática de medicina da pessoa evidenciou-se no contexto urbano-agrícola. Ao contrário da tendência pela hegemonia do modelo de prática prescritiva, observada na metrópole e em parte do contexto urbano-industrial, o modelo de prática sinalizado no contexto urbano-agrícola é solidário. Isso ocorre porque o profissional reconhece não estar diante do *ser ontológico doença ou do doente*, mas de um sujeito em sua inteireza, com alegrias e mazelas, doçuras e asperezas, com o qual estabelece relação no domínio da liberdade, pensando-a em uma dimensão moral para uma prática ética<sup>25</sup>. Na visão de Laplantine<sup>22</sup> esse modelo solidário corresponde ao *modelo relacional*, no qual se encaixa a perspectiva de saúde e doença do estudo<sup>14</sup>.

Neste contexto, no qual parece que a vida *apressa-se de modo lento*, médicos de família demonstraram reconhecer a relação entre saúde e sociedade como essência da prática médica. Ainda que tal escolha social não exima esses profissionais de novos tipos de limites, conflitos e prováveis movimentos de concessão, percebeu-se que ainda resistem aos encantos do modelo biomédico. Demonstraram que ao reconhecerem-se no tecido social, sentindo-se parte da comunidade, podem expandir o campo de possibilidades da medicina de família para a construção de denso tecido social. Um tecido social mais satisfeito e, em consequência, mais produtivo, contribuindo desse modo com as pretensões da Conferência de Alma-Ata, de

1978: fomentar um *nível de saúde* que garanta uma vida social e economicamente produtiva.

Os relatos abaixo expressam contribuições à imagem de uma vida mais satisfeita: “...ajudando-o a colocar-se no processo de vida [...] abro janelas [...] procuro escavar sua vida, relações familiares, relações de trabalho sem julgamento de valor algum [...] as pessoas são doentes de atenção” (Tornatore); “...médico de família de grande centro vê você na sua doença [...] nós ouvimos seus medos [...] se perdeu o trabalho, se foi traído pelo marido, se seu filho se droga” (Ingrao).

Independentemente do contexto em que estão inseridos, médicos de família demonstraram a educação sanitária como potencial instrumento estratégico para a formação da pessoa, especialmente no aumento de sua capacidade de autodeterminação e autorresponsabilidade na gestão do cuidado, tal como observado no discurso: “...se pudéssemos explicar desde o ensino fundamental como o corpo funciona, como se faz a autogestão das dificuldades, o que significa uma alimentação saudável, resolveríamos problemas futuros [...] no papel parecido com o de mãe” (Bertolucci).

A educação sanitária é um modo paternalista de fazer educação, que vê em ordens normativas, por exemplo, em indicadores unificados do campo da epidemiologia, o caminho para medir “níveis de saúde” de uma coletividade. É, portanto, uma construção cultural impulsionada pela epidemiologia, campo do conhecimento que no segundo pós-guerra deslocou-se de sua posição de complemento à clínica, na busca por medidas preventivas e profiláti-

cas para as doenças do momento histórico, para uma posição na qual atribuiu-se a missão de medir o *todo completo*<sup>26</sup>, tal como a *Declaração de Alma-Ata* havia expressado em seu conceito de saúde: *um estado de completo bem-estar físico, mental e social*<sup>10</sup>.

Uma vez que o tal *todo completo*<sup>26</sup> agrega subjetividades, saberes populares, novas normas e riquezas humanas, haja vista que saúde está vinculada à satisfação/sofrimento, possibilidades/tolerância/superação, as buscas exaustivas<sup>27</sup> para medi-la se deram (e têm se dado) de modo não transparente: referindo indicadores de saúde para tratar indicadores de doença coletiva, na representação, especialmente, de indicadores de risco<sup>26</sup>.

Relatos apontaram a biopolítica de prevenção ao risco como a imagem objetivo da educação sanitária. Reconhecida como a politização da *vida nua*<sup>28</sup>, ou seja, como o fenômeno resultante da escolha estatal de conferir à vida biológica em si a posição central da vida política, a biopolítica vem operando sobre o persistente estado de exceção, ao qual encontram-se submetidas as sociedades capitalistas.

Convergindo para a análise sociológica de Melucci<sup>1</sup>, a biopolítica de prevenção ao risco parece ser um regulador galvânico dos tais *terminais confiáveis de redes informativas*, na medida em que estes são agrupamentos de dimensões individuais submetidos a um *código coletivo*, instituído para normalizar a reprodução cotidiana e, a partir dela, promover o desenvolvimento econômico-social. Indivíduos são confinados em uma só categoria

que universaliza particularidades. Neste processo o regulador sistematiza culpabilizações individuais para os casos desviantes, advindos de escolhas individuais.

Constroem-se, assim, sociedades individualizadas suficientemente capazes de esvaziar o relacionamento humano de seu caráter moral. Ou seja, valores éticos aniquilam-se em seu potencial de normalizar a vida social:

*“...minha lógica movimenta-se sobre dois binários: mostrar ao paciente que é ele quem deve gerir sua saúde e sua doença e que deve ser consciente do que significa fumar, beber, comer [...] e isentar-me do problema, caso me diga que não quer se curar porque não temos obrigação de curar, mas de fornecer meios e possibilidades para a cura” (Bertolucci); “...depois que falei bastante sobre a importância de exercícios físicos, controle alimentar, peso ideal [...] a noite vou ao restaurante [...] e descubro meu paciente diabético comendo uma bela pizza” (Puccini).*

### Tecendo considerações

O estudo buscou a relação entre saúde e sociedade nos discursos de profissionais médicos em três contextos diferenciados, na tentativa de demarcar a dimensão antropológico-social na experiência de prática da medicina de família italiana. Em tempos de construções teóricas imprecisas sobre sociedades; em tempos carentes de problematização filosófico-moral sobre o conceito de saúde; em tempos de *Atención primaria de salud*, *más necesaria que*

*nunca*<sup>11</sup>; em tempos de ordem global reflexiva de submissão do presente à colonização do futuro; em tempos contingentes, tempos sem tempos, a iniciativa de trazer para o Brasil um recorte de outra realidade capitalista decorreu do entendimento de que a discussão sobre saúde e sociedade, neste formato de organização social, não tem fronteiras.

A análise demonstrou distintos balizamentos do contexto da realidade social nas experiências de práticas da medicina de família e a gestão social do risco, no âmbito individual, como uma categoria comum a tais práticas. Médicos de família demonstraram reconhecer seu papel no tecido social de atuação a partir de dois modelos: medicina prescritiva e medicina da pessoa. Evidenciando a contradição como marca das sociedades atuais, citada por Melucci<sup>1</sup>, é no contexto de maior ebulição tecnológica, de supostas possibilidades de arranjos sociais promissores ao desenvolvimento econômico “social”, que a medicina de família tende a uma prática menos desenvolvida, do ponto de vista humano: basicamente prescritiva, na qual a dimensão antropológico-social está à margem.

Em contrapartida, em um ambiente onde a vida *apressa-se lentamente* a medicina da pessoa toma assento, as condições sociais e construções culturais ganham voz na prática de cuidados primários de saúde. Como se neste contexto os *terminais confiáveis de redes informativas*<sup>1</sup> fossem produzidos a partir de redes que, pelo menos, não estão submetidas a uma total sujeição, redes ainda capazes de partilhar o *estado normal que o [outro] deseja restaurar*<sup>14</sup>.

No recorte deste estudo, o contexto urbano-agrícola mostrou que há médicos de família que se reconhecem como sujeitos responsáveis pela configuração do tecido social, o que potencializa as margens de tolerância das pessoas para o enfrentamento e superação das infidelidades do meio e aquece a prática relacional solidária. Os discursos sinalizaram que neste tipo de arranjo da vida cotidiana o impacto da temporalidade da sociedade moderna é menos evidente, preponderando ainda a percepção tradicional, diretamente associada às condições de produção do ambiente agrário.

Todavia, a gestão social do risco, no âmbito individual, apresentou-se como elemento constitutivo comum da experiência de prática nos contextos estudados, demarcando uma grande contradição, um importante conflito antagônico em tempos de ordem social de *Atención primaria de salud, más necesaria que nunca*<sup>11</sup>: de um lado, um chamado planetário pelo compromisso com a saúde dos povos; de outro, a ordem de fomentar autorresponsabilidade e autodeterminação em uma realidade global de profundas iniquidades.

É imperativo refletir que se o objeto sociedade é impreciso, se os entendimentos sobre o objeto saúde no campo sanitário são contingentes, a realidade não o é. Ela é viva e pulsante: marcada por profundas e injustas desigualdades sociais, cujo enfrentamento parece ser a meta da OMS e seus organismos.

Aqui cabem as questões: a busca pela universalidade de atributos particulares e dependentes de condições externas e internas, como

autorresponsabilidade e autodeterminação, em sociedades iníquas, não estará gerando um aumento de iniquidades? Quem não alcança tamanha proeza é excluído? Culpabilizado em suas limitações? E o que é saúde dos povos, senão a sua inclusão na “agenda” da vida social?

Tais inquietações encontram ancoragem na reflexão de Giovanni Berlinguer sobre o risco de adoecimento. O autor comenta que o distanciamento do Estado das causas das doenças – a estrutura social e a econômica –, e a reaproximação da culpa individual no processo de adoecer pode gerar o risco de o cuidado come-

çar a ser negado àqueles *vitimados por si mesmos*<sup>29</sup>.

Ademais, considerando que a produção da relação entre saúde e sociedade ocorre no âmbito de *processos comunicativos*<sup>1,2,9</sup>, a meta de *Atención primaria de salud, más necesaria que nunca*<sup>11</sup> deve ser alimentada pela vontade de os governos mediar interesses contrastantes: colocando-se em conformidade não com o estatuto ortodoxo – *a racionalidade instrumental não ambígua* –, mas com a disposição para dialogar, *praticar e integrar a ambiguidade e a ambivalência [...] melhorando (assim) as condições para a ação política*<sup>5</sup>.

## Resumen

---

### **Reflexiones sobre la relación salud y sociedades en el contexto italiano contemporáneo**

Volviéndose hacia la gestión de lo social recomendada por la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, el presente trabajo recogió desarrollar una reflexión sobre cómo médicos de familia italianos vivencian la relación salud y sociedades en la experiencia de sus prácticas. Se trata de un estudio de campo, de abordaje cualitativo y carácter exploratorio-descriptivo, realizado en 2007, en la Provincia de Roma, Italia, con médicos de familia italianos. Realizado en la perspectiva de la bioética cotidiana, el análisis reveló que la dimensión antropológico-social en la experiencia de práctica de la medicina de familia italiana está en la dependencia del contexto en la cual la práctica se produce, y que la gestión social del riesgo, en el ámbito individual, es un elemento constitutivo común. Se descubrió que al tratar la relación salud y sociedades con miras a una dimensión moral, para una práctica ética, crea la posibilidad de alimentar la utopía de hacer de la Atención Primaria de Salud el centro de sistemas nacionales de salud.

**Palabras-clave:** Salud. Sociedade. Medicina de familia y comunidad. Bioética. Italia.

## Abstract

---

### **Reflections on the relationship between health and societies in the contemporary Italian context**

Focusing on the social management recommended by the 1978 Conference of Alma-Ata, the present study aimed to reflect on how Italian family doctors experienced the relationship between health and societies in the experience of their practices. A field study with a qualitative approach and exploratory-descriptive nature, carried out in 2007, in the province of Rome, Italy, with Italian family doctors. Performed according to the perspective of everyday bioethics, the analysis revealed that the anthropological-social dimension in the experience of the Italian family medical practice depends on the context in which such practice occurs, and that (risk) social risk management, in the individual sphere, is a common constitutive aspect. It could be concluded that, when dealing with the relationship between health and societies, from a moral dimension towards an ethical practice, it sets the possibility of fulfilling the ideal of making Primary Health Care the center of national health systems.

**Key words:** Health. Society. Family and community medicine. Bioethics. Italy.

## Referências

---

1. Melucci A. A invenção do presente. Petrópolis: Vozes; 2001, p.9-77.
2. Melucci A. A experiência individual na sociedade planetária. *Revista de Cultura e Política*. 1996;(38):199-221.
3. Bauman Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar; 2000. p.31.
4. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez Editora; 2009. p.41.
5. Beck U. A reinvenção da política: rumo à teoria da modernização reflexiva In: Giddens A, Beck U, Lash S, editores. *Modernização reflexiva*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1997. p.11-71.
6. Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2009. p.xviii.
7. Castel R. La gestion de los riesgos: de la anti-psiquiatria al post-analisis. Barcelona: Alabama; 1984. p.12-3, 207.
8. Fernandes AT. Níveis de confiança e sociedade de risco [internet]. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*. 2002 [acesso jan 2011];12:185-202. Disponível: <http://en.scientificcommons.org/41904168>.
9. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [internet]. Ginebra: OMS; 1978 [acceso jan. 2011]. Disponible: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [internet]. Ginebra;OMS; 2008 [acceso jan 2011]. Disponible: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf).
11. Walley J, Lawn JE, Tinker A, Francisco Ad, Chopra M, Rudan I. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet*. 2008;372(9642):1001-7.
12. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Firenze: Giunti; 2000.
13. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006. p.148-50.
14. Cosmacini G. Storia della medicina e della sanità in Italia. Bari: Editori Laterza; 2005. p.157-572.
15. Lima RCGS. Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
16. Lima RCGS, Severo DO, Verdi MIM, Da Ros MA. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(1):118-30.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Garcia VR. Ordem cultural e ordem natural do tempo [internet]. São Paulo: Centro Interdisciplinar de Semiótica da Cultura e da Mídia; 2002 [acesso jan 2011]. Disponível: <http://www.cisc.org.br/portal/biblioteca/ordemnatural.pdf>.
19. Berlinguer G. Etica ed esperienza [internet]. In: Enciclopédia Multimediale delle Scienze Filosofiche. Roma: Istituto della Enciclopédia Italiana; [postato 20 gen1999, acceso 1º abr 2011]. Disponível: <http://www.emsf.rai.it/grillo/trasmissioni.asp?d=800>.
20. Berlinguer G. I problemi della bioetica [internet]. Enciclopédia Multimediale delle Scienze Filosofiche. Roma: Istituto della Enciclopédia Italiana, 1998 postato [acceso 1º abr. 2011] Disponível: URL: <http://www.emsf.rai.it/grillo/trasmissioni.asp?d=209>.
21. Berlinguer G. Etica della salute. Milano: Saggiatore; 1997.
22. Laplantine F. As formas elementares da cura: os modelos terapêuticos. In: Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991. p.161-209.
23. Mijavila M. Textos de apoio. Florianópolis: PPGSC, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
24. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2008. p.10.
25. Lima RCGS, Verdi MIM. A solidariedade na medicina de família no Brasil e na Itália: refletindo questões éticas e desafios contemporâneos. *Interface*. 2009;13(29):271-83.
26. Almeida-Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3(1-3):4-20.
27. Castiel LD, Diaz CA-D. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p.33.
28. Agamben, G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2007. p.16.

29. Berlinguer G. La malattia. Roma: Riuniti, 1984.

Recebido: 17.12.10

Aprovado: 28.3.11

Aprovação final: 2.4.11

### **Contatos**

---

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima - *rcgslima@terra.com.br*

Marta Inez Machado Verdi - *verdi@mbox1.ufsc.br*

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima - Rua Cavalo Marinho, 50, Casa 3, Morro das Pedras, CEP 88066137. Florianópolis/SC, Brasil.

### **Participação dos autores no trabalho**

Rita de Cássia trabalhou na concepção, análise, interpretação dos dados e redação final do texto e Marta trabalhou na concepção e supervisão geral.