

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

EVANDRO DA FONSECA ALMEIDA

**DINÂMICAS DE PODER E AUTORIDADE MÉDICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
ANÁLISE DE DOCUMENTOS PÚBLICOS NORMATIVOS EM SAÚDE**

FREDERICO WESTPHALEN-RS

2025

EVANDRO DA FONSECA ALMEIDA

**DINÂMICAS DE PODER E AUTORIDADE MÉDICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
ANÁLISE DE DOCUMENTOS PÚBLICOS NORMATIVOS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen/RS.

Orientadora: Prof^a. Dra. Eliane Cadoná

FREDERICO WESTPHALEN-RS

2025

A446d Almeida, Evandro da Fonseca

Dinâmicas de poder e autoridade médica na educação em saúde : análise de documentos públicos normativos em saúde / Evandro da Fonseca Almeida. – 2025.

167 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen, 2025.
Orientadora: Dra. Eliane Cadoná.

1. Educação em saúde. 2. Medicina. 3. Michel Foucault. 4. Política Nacional de Atenção Básica. 5. Diretrizes Curriculares Nacionais.
I. Cadoná, Eliane. II. Título.

CDU 37

EVANDRO DA FONSECA ALMEIDA

**DINÂMICAS DE PODER E AUTORIDADE MÉDICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
ANÁLISE DE DOCUMENTOS PÚBLICOS NORMATIVOS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Frederico Westphalen/RS.

Frederico Westphalen, 11 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliane Cadoná

URI – Câmpus de Frederico Westphalen

Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Claudionei Vicente Cassol

URI – Câmpus de Frederico Westphalen

Profa. Dra. Marinês Aires

URI – Câmpus de Frederico Westphalen

IDENTIFICAÇÃO

Instituição de Ensino/Unidade

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Câmpus de Frederico Westphalen – RS.

Rua Assis Brasil, nº 709, Bairro Itapagé, CEP 98400-000

Frederico Westphalen – RS

Direção do Câmpus

Diretora Geral: Profa.^a Dra.^a Elisabete Cerutti

Diretor Acadêmico: Prof. Dr. Carlos Eduardo Blanco Linares

Diretor Administrativo: Prof. Me. Alzenir José de Vargas

Departamento/Curso

Curso de Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Educação - Coordenadora: Professora Dra. Luci Mari Duso Pacheco

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Eliane Cadoná

Disciplina

Dissertação

Linha de Pesquisa

Processos educativos, linguagens e tecnologias

Minha história começa com um bilhete: “Você já sabe ler.”

Era 88. Eu tinha seis anos, uma professora sem nome na memória e um mundo inteiro a desvendar. Enquanto outras crianças brincavam na rua, eu devorava enciclopédias iluministas, fingindo entender. Lia por fascínio. Lia por salvação.

Filho de servidor público e dona de casa, do interior do Rio Grande do Sul, cresci com sede de saber. Na adolescência, sonhei ser médico — não por prestígio, mas por desejo de cuidar.

Na universidade, aprendi técnicas. Mas foi na Atenção Primária que descobri a escuta, o encontro, a complexidade dos discursos que atravessam a prática.

Durante a pandemia, algo se rompeu. E na busca por compreender, conheci outros pensadores e teorias.

Essa dissertação nasce daí: de uma infância leitora, de uma práxis em crise, de um desejo de pensar o cuidado para além das prescrições.

Dedico este trabalho às pessoas que me ensinaram com suas dores, silêncios e resistências;

a todas as vozes e saberes silenciados nos espaços de saúde;

a cada usuária/o do SUS que me ensinou a urgência de um cuidado mais humano, ético e compartilhado.

E a mim mesmo, menino curioso que ainda persiste.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha esposa Daniele — farol constante nos dias turvos, parceira incansável na travessia. Obrigado pelo amor generoso, pela escuta atenta, pelas contribuições preciosas que ajudaram a moldar cada pensamento aqui presente. Às minhas filhas, Rafaela e Júlia, que iluminam meus dias com a ternura dos gestos e a força da presença. Vocês me ensinam, sem saber, a beleza de seguir tentando ser melhor. A luz que vocês emanam atravessa estas páginas.

Aos meus pais, Evan e Elifas, por plantarem em mim o gosto pelos livros e pela pergunta. Por cultivarem a perseverança mesmo nas estiagens da vida. Ao meu irmão Emanuel, por estender a mão e abrir a porta que me conduziu à pós-graduação — um gesto simples, de consequências imensas. À minha cunhada Andrieli, por ter assumido com tanto carinho e firmeza o cuidado com minha agenda e minha rotina, especialmente neste último ano. Tua ajuda concreta tornou possível este caminho — minha gratidão sincera.

Às minhas sobrinhas Heloísa e Beatriz, que chegaram à vida com a doçura e a força dos recomeços. Que a curiosidade da Heloísa e o brilho silencioso da pequena Beatriz sigam lembrando a todos nós da esperança que nasce nos gestos miúdos. A toda minha família, laço tecido de afeto, pelo estímulo constante, pelo carinho que me sustentou mesmo nos dias de dúvida.

Aos meus sogros, Amilton e Fátima, por todo o apoio e incentivo ao longo dessa jornada. À Fátima, em especial, por sempre me estimular a voltar a estudar — tua palavra teve peso e afeto, e ressoa aqui também.

Aos meus companheiros de quatro patas — Adele, Gregório e Tuco (in memoriam) — por sua lealdade silenciosa, por serem presença, calor, alegria. Em suas existências, compreendi algo do cuidado que não se aprende nos livros.

Aos mestres da pós-graduação, que me desafiaram e acolheram em igual medida. Em especial, à Professora Eliane Cadoná, pela integridade da orientação, pelo cuidado com o pensamento e pela gentileza de guiar com firmeza e afeto. Aos professores da banca examinadora - Prof^a. Dra. Cristianne Rocha, Prof. Dr. Claudionei Cassol e Prof^a. Dra. Marinês Aires - por suas contribuições generosas, pelas perguntas que ampliaram meu olhar e enriqueceram este estudo.

Aos colegas de trabalho e a cada profissional da saúde que, dia após dia, resiste, reinventa e constrói, com mãos muitas vezes invisíveis, o SUS que sonhamos: mais justo, mais humano, mais vivo.

Aos colegas da pós, em especial à Mônica Strege, por uma troca que transcendeu o esperado. De médico e paciente, tornamo-nos companheiros de reflexão — e essa escuta mútua revelou uma beleza rara.

À psicóloga Anahy Silveira, cujas sessões de análise foram espaços de travessia interna, onde aprendi a me escutar para escutar melhor o mundo.

Por fim, agradeço a todas as vozes e saberes que, por vezes, foram silenciados nos espaços de saúde. Vocês são presença nesta escrita. A cada usuária, a cada usuário do SUS que me ensinou — com a dor, com a resistência, com a esperança — a urgência de um cuidado ético, compartilhado e profundamente humano.

Esta dissertação é atravessada por encontros. E é a vocês que pertence cada linha, cada silêncio, cada lampejo de compreensão.

Muito obrigado.

Sie wollen mein Herz am rechten Fleck,
doch seh ich dann nach unten weg:
da schlägt es links.

Kann man Herzen brechen?
Kann man Herzen quälen?
Kann man Herzen stehlen?
Mit dem Herzen denken?

Querem meu coração no lado direito,
mas então olho logo abaixo:
ele bate na esquerda.

Pode-se partir corações?
Pode-se torturar corações?
Pode-se roubar corações?
Pensar com o coração?

(Rammstein, "Links 2-3-4")

RESUMO

Este trabalho analisa como os discursos presentes em dois documentos normativos fundamentais para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil — a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Medicina de 2014 — constroem a noção de "autoridade médica" na Educação em Saúde. A partir de uma abordagem teórico-metodológica inspirada nos estudos de Michel Foucault sobre discurso, poder e saber, realiza-se uma análise documental qualitativa e descritiva, com foco nos efeitos dessas construções discursivas sobre as práticas educativas e as relações entre profissionais médicos(as) e usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS). A investigação evidencia que tais documentos operam por meio de dispositivos legais e curriculares que reafirmam a centralidade do saber biomédico como regime de verdade, mesmo quando mobilizam vocabulário associado à humanização, à participação social ou à autonomia dos sujeitos. Observa-se uma hierarquização dos saberes que marginaliza práticas populares e comunitárias, invisibilizando a Educação Popular em Saúde e reproduzindo modelos pedagógicos unidirecionais baseados na metrificacão e no desempenho técnico. A análise da PNAB 2017 e das DCNs 2014 revela a persistência de uma racionalidade biopolítica que regula a formação médica e a organização da APS, configurando a autoridade médica como um efeito de relações de poder discursivamente produzidas. A ausência de diretrizes metodológicas para práticas educativas dialógicas e a delimitação rígida das competências de outros profissionais da saúde, em contraste com o silenciamento sobre a atuação médica, apontam para uma assimetria epistêmica que naturaliza hierarquias entre saberes e sujeitos. Conclui-se que os documentos normativos analisados não apenas orientam condutas institucionais, mas também operam como tecnologias de poder que modelam subjetividades, formas de cuidado e práticas educativas no campo da saúde. Ao tensionar essas normas e seus efeitos, esta pesquisa propõe pensar a Educação em Saúde como um ato político, no qual o cuidado e o conhecimento podem ser ressignificados por meio de práticas contra-hegemônicas e dialógicas no contexto do SUS.

Palavras-chave: Autoridade Médica. Educação em Saúde. Foucault. Análise Documental. APS. Discurso.

ABSTRACT

This study analyzes how the discourses present in two fundamental normative documents for Primary Health Care (PHC) in Brazil — the 2017 National Policy for Primary Care (PNAB) and the 2014 National Curriculum Guidelines (DCNs) for medical courses — construct the notion of "medical authority" in Health Education. Drawing on a theoretical and methodological framework inspired by Michel Foucault's studies on discourse, power, and knowledge, a qualitative and descriptive document analysis is conducted, focusing on the effects of these discursive constructions on educational practices and the relationships between medical professionals and users of the Brazilian Unified Health System (SUS). The investigation reveals that these documents operate through legal and curricular devices that reaffirm the centrality of biomedical knowledge as a regime of truth, even when using vocabulary related to humanization, social participation, or individual autonomy. A hierarchy of knowledge is observed, marginalizing popular and community practices, rendering Popular Health Education invisible, and reproducing unidirectional pedagogical models based on metrication and technical performance. The analysis of PNAB 2017 and DCNs 2014 shows the persistence of a biopolitical rationality regulating medical training and PHC organization, configuring medical authority as an effect of power relations discursively produced. The absence of methodological guidelines for dialogical educational practices and the rigid delimitation of other health professionals' competencies, contrasted with the silencing about medical roles, point to an epistemic asymmetry that naturalizes hierarchies among knowledges and subjects. It is concluded that the normative documents analyzed not only guide institutional conduct but also operate as technologies of power shaping subjectivities, forms of care, and educational practices in the health field. By challenging these norms and their effects, this research proposes conceiving Health Education as a political act in which care and knowledge can be re-signified through counter-hegemonic and dialogical practices within the SUS context.

Keywords: Medical Authority; Health Education; Foucault; Document Analysis; Power and Knowledge; PHC; Discourse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB: Atenção Básica
- ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ACS: Agentes Comunitários de Saúde
- ADC: Análise de Discurso Crítica
- AD: Análise do Discurso
- ACE: Agentes de Combate às Endemias
- ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS: Atenção Primária à Saúde
- BVS: Biblioteca Virtual em Saúde
- CAB: Cadernos de Atenção Básica
- CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CCP: Cuidado Centrado na Pessoa
- CEM: Código de Ética Médica
- CFM: Conselho Federal de Medicina
- CIT: Comissão Intergestores Tripartite
- CNS: Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
- SAÚDE
- COREN-MT: Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (inferido pelo contexto)
- CREMEB: Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (inferido pelo contexto)
- CRM: Conselho Regional de Medicina
- CNE/CES: Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
- DAB: Departamento de Atenção Básica
- DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais
- DeCS/MeSH: Descritores em Ciências da Saúde / Medical Subject Headings
- EC: Estado do Conhecimento
- ENSP/Fiocruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz

ESF: Estratégia Saúde da Família (e Equipe de Saúde da Família)

ES: Educação em Saúde

EPeS: Educação Permanente em Saúde

EPOS: Educação Popular em Saúde

Funasa: Fundação Nacional de Saúde

GM/MS: Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

IESC: Integração Ensino-Serviço-Comunidade

IRDI: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil

MBE: Medicina Baseada em Evidências

MEC: Ministério da Educação

MFC: Medicina de Família e Comunidade

MG: Minas Gerais

NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

PA: Pará

PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PIC: Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS: Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PR: Paraná

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RS: Rio Grande do Sul

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SE: Sergipe

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SP: São Paulo

SUS: Sistema Único de Saúde

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA: Transtorno do Espectro Autista
UBS: Unidades Básicas de Saúde
UCP: Universidade Católica de Petrópolis
UFC: Universidade Federal do Ceará
UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA: Universidade Federal do Pará
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro
UF: Unidade Federativa
UEM: Universidade Estadual de Maringá
UMESP: Universidade Metodista de São Paulo
UNA-SUS: Universidade Aberta do SUS
UNIT: Universidade Tiradentes
UNIVALE: Centro Universitário Vale do Cricaré
URI: Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões
WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Contexto e justificativa da pesquisa.....	16
1.2 Metodologia.....	23
1.3 Questões e Objetivos de Pesquisa.....	33
2 DIÁLOGOS EPISTEMOLÓGICOS ENTRE EDUCAÇÃO E MEDICINA	35
2.1 O Campo da Pesquisa: Categorias do Estado do Conhecimento.....	35
2.1.1 Autoridade Médica e Subjetividade Profissional	35
2.1.2 Saber/Poder no Diálogo Médico(a)-Usuário(a).....	43
2.1.3 Efeitos Discursivos na Educação em Saúde da APS.....	48
2.1.4 Síntese das Categorias: Compreendendo o Campo de Estudo	55
2.2 Atenção Primária à Saúde (APS) e Medicina de Família e Comunidade	56
2.3 Michel Foucault e Análise do Discurso.....	62
2.3.1 Formação Discursiva e Historicidade do Conhecimento	62
2.3.2 Poder, Biopoder e Biopolítica na Análise do Discurso	64
2.3.3 A Arqueologia do Saber e a Análise Discursiva Foucaultiana.....	65
2.4 Complexidade das Relações Médico-Usuário(a).....	68
2.5 Educação em Saúde na APS	75
3 PNAB 2017: SABERES, PODERES E DISCURSOS EM DISPUTA	81
3.1 Descrevendo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017	81
3.2 Educação na PNAB 2017: o que diz o documento?	85
3.2.1 Educação Permanente em Saúde (EPeS).....	86
3.2.2 Formação em Saúde.....	90
3.2.3 Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC).....	91
3.2.4 Adaptação Curricular às Necessidades da APS.....	92
3.2.5 Estruturação de Ambientes de Aprendizado nas UBS	93
3.2.6 Trabalho Interdisciplinar e Compartilhamento de Saberes	95
3.2.7 Educação em Saúde	99
3.3 Autoridade médica e subjetividade profissional.....	104
3.4 Saber/Poder no Diálogo Médico(a)-Usuária(o) na PNAB 2017.....	109
3.5 Efeitos Discursivos da Autoridade Médica na Educação em Saúde	114
3.5.1 Exclusão Epistêmica e a Hierarquização dos Saberes através do Discurso da PNAB ..	116
3.5.2 Biopoder e a Hegemonia da Metrificação: O Colapso da Educação em Saúde	123
4 CURRÍCULO MÉDICO E DISPUTA DE SENTIDOS: A (IN)VISIBILIDADE DA EDUCAÇÃO POPULAR.....	133
4.1 Da sala de aula ao posto de saúde: como as DCNs de 2014 tentaram transformar a medicina brasileira	133
4.2 A Dupla Face das DCNs 2014: Autoridade Médica e Saber-Poder em Tempos de Revisão Curricular	137
4.3 O que as DCNs chamam de “Educação em Saúde”? A Ausência da Educação	

Popular na Formação Médica.	145
5 EDUCAR COMO ATO POLÍTICO: ENCERRAMENTO CRÍTICO SOBRE NORMAS, SABERES E CUIDADO	153
REFERÊNCIAS.....	156

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto e justificativa da pesquisa

Desde criança, sempre sou interessado em aprender e conhecer o mundo ao meu redor. Durante o final do primeiro ano da minha educação básica, aos 6 anos, recebi um pequeno diploma de papel como mérito por meus esforços. Esse diploma, destacável do final de um livro básico fornecido pelo Estado e assinado pela minha professora, cujo nome não lembro, atestava que eu já tinha condições para a leitura. Mal sabia eu que aquilo abriria portas para novas possibilidades. Ainda me emociono ao recordar o quanto conquistei após esse aprendizado, permitindo adquirir mais conhecimento nos anos seguintes na escola pública.

Em 1989, por incentivo familiar, fui presenteado com uma coleção de livros contendo vários verbetes para que eu pudesse avançar nos meus estudos de maneira autodidata. Porém, eu desconhecia que estava recebendo o símbolo da luz do conhecimento proporcionada pelos iluministas: uma enciclopédia. Lia como se estivesse brincando e até esquecia de interagir com os meus amigos de rua, sendo considerado "louco" por fazer isso. Saber que existiam vários conceitos filosóficos, históricos, sociais, dentre outros, fazia com que eu me destacasse, surpreendendo os professores com meus questionamentos. Aquilo me incomodava um pouco e sempre me colocava em evidência dentro da comunidade escolar.

Com 10 anos, em dezembro de 1991, decidi, após uma gincana organizada pela escola, na qual fui condecorado por ter as notas mais altas entre meus colegas, que seria um médico. Para nós, esse era o grau mais alto que um filho de servidor público e uma dona de casa poderia alcançar. E assim o fiz. De maneira autodidata, em conjunto com a orientação dos professores no ensino médio e em cursos pré-vestibulares, enfrentei muitas dificuldades, mas consegui ingressar no curso de Medicina na Universidade Federal de Santa Maria em 2001.

Quando penso nas escolhas que moldaram minha carreira profissional médica, realizava essa reflexão sob uma perspectiva histórica. Assim, percebi que minha forma de trabalhar foi construída ao longo dos 17 anos de prática no município de Santiago/RS e região — adquirindo novos saberes, aprendendo com outras pessoas, confrontando diferentes perspectivas e reavaliando conceitos ao longo do tempo. Assim, busquei alinhar minhas ações à minha visão pessoal do que significa 'ser um médico', embora reconheça que essa visão foi amplamente moldada pelas expectativas de outros. Desde cedo, fui visto como alguém destinado à medicina devido ao meu desempenho escolar, uma percepção que se consolidou durante minha formação superior. Fui influenciado pelos encontros com professores, colegas médicos, e, posteriormente,

pelas experiências vividas na unidade básica de saúde e no pronto socorro. Cada uma dessas etapas contribuiu para construir minha identidade profissional, sempre à luz dos preceitos éticos delineados pelo Código de Ética Médica. No entanto, ao analisar mais profundamente, percebi que meu conhecimento técnico foi concebido por uma formação acadêmica anterior à Diretriz Nacional Comum Curricular de 2001¹. Explico: essa formação baseava-se muito numa perspectiva hospitalocêntrica e flexneriana², com pouca exploração da realidade brasileira ou de discussões filosóficas sobre o ato profissional, suas implicações e influências. Esse modelo de formação, conforme discutido por Aires e Pacheco (2023), tende a formar profissionais tecnicamente competentes, mas frequentemente desconectados das dimensões emocionais e sociais do cuidado, o que limita uma prática mais humanizada e integrada. Como resultado, muitos dos meus conhecimentos autodidatas, foram considerados “inúteis” dentro da Academia, refletindo uma lacuna que foi abordada muito superficialmente a partir das Diretrizes Curriculares de 2001 (Conselho Nacional de Educação, 2001).

E, nesse âmbito, envolvi-me em atividades extracurriculares e diálogos com colegas acadêmicos, começando a me interessar espontaneamente por dinâmicas das relações humanas e sua influência no cotidiano do trabalho — de forma empírica. Após a graduação, iniciei como médico plantonista de urgência e emergência em uma cidade vizinha. No entanto, em 2007, foi através de uma enfermeira (que ainda hoje atua comigo) que fui introduzido ao antigo Programa de Saúde da Família³ da minha terra natal, hoje reconfigurado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse local, o ESF São Vicente/Itu, por meio do trabalho em equipe, de várias reflexões e debates, gradualmente refinando minha perspectiva médica e adquirindo uma compreensão mais profunda dos contextos de saúde.

Desde que comecei a trabalhar nessa ESF, observei que a Educação em Saúde (ES) é uma das atribuições fundamentais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Na

¹ As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, instituídas em 2001 e posteriormente atualizadas, buscaram promover uma formação mais alinhada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), com maior ênfase na atenção primária, promoção da saúde e práticas humanizadas, em contraste com o modelo predominantemente hospitalocêntrico e flexneriano anterior.

² O termo "Flexneriano" refere-se ao modelo de ensino médico desenvolvido por Abraham Flexner, conforme delineado em seu relatório de 1910. Este modelo, que foi amplamente adotado, enfatiza uma formação médica baseada no rigor científico, com foco no estudo das ciências básicas e na prática clínica dentro de ambientes hospitalares e laboratoriais. Embora tenha sistematizado e modernizado a educação médica, esse modelo também é criticado por se distanciar das condições sociais e determinantes de saúde da população, priorizando uma abordagem mais tecnicista e menos integrada ao contexto comunitário (Silva; Paim; Schraiber, 2023, p. 5).

³ O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi o precursor da Estratégia de Saúde da Família (ESF), reconfigurada e consolidada como modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. A transição reflete uma evolução para uma abordagem mais abrangente e estratégica no cuidado à saúde.

minha experiência, é essencial planejar e realizar ações de educação em saúde que atendam às necessidades específicas da população sob meus cuidados. Essa trajetória de aprendizagem e prática, ao longo dos anos, levou-me a desenvolver uma abordagem que ressoa com o conceito de biosofia, conforme descrito por Schäffer e Cassol (2023). A biosofia, entendida pelos autores, é como uma sabedoria de vida que transcende o conhecimento acadêmico e científico, apresentando-se como um diálogo permanente com as práticas biocosmológicas, reconhecendo a interdependência entre o ser humano e o cosmos. Desde meus primeiros encontros com os usuários(as)⁴ do Sistema Único de Saúde, percebi que a rigidez de alguns aspectos da prática científica não se adequava completamente às realidades que eu vivenciava. Em vez disso, fui moldando minha prática médica ao integrar sabedoria à ação ética e ao cuidado com a vida, tanto individual quanto coletiva, questionando algumas práticas e acolhendo a minha inexperiência e a complexidade da vida cotidiana.

Os anos se passaram, e em 2019 me inseri na gestão municipal, obtendo novas perspectivas e oportunidades para discutir políticas relacionadas à saúde. Porém, uma inquietação corroía meu pensamento - minha interação com a população na Atenção Primária à Saúde divergia das práticas dos meus colegas da área médica, deixando-me isolado em vários aspectos. Diálogos com usuários(as) e colegas de trabalho revelaram tensões entre médicos(as) e usuários(as), um fenômeno que, na Pandemia de Covid-19 em março de 2020, ficou ainda mais intrigante para mim.

Nessa época, desempenhei um papel fundamental no diagnóstico do primeiro caso em Santiago/RS e colaborei ativamente com a gestão local na formulação de estratégias para enfrentar os desafios impostos pela pandemia - formulando protocolos técnicos, criando um centro de triagem da Covid, reorganizando fluxos e até auxiliando decretos municipais. Vi, de perto, o Estado se adaptando rapidamente para regular a vida nesta pequena cidade, valendo-se dos poucos dados que a ciência tinha sobre o vírus (entre eles, a Estatística) e das leis escritas em vários contextos e épocas. Nesse ínterim, minha atuação em múltiplos cenários - médico de APS, médico de urgência/emergência e colaborador na gestão municipal - proporcionou,

⁴ A decisão de incluir as mulheres de forma explícita e visível em minha dissertação reflete a reflexão de Paulo Freire sobre a importância de superar a linguagem machista, abordada em sua obra *Pedagogia da Esperança*. No texto, Freire reconhece sua dívida com as mulheres que criticaram sua obra anterior, *Pedagogia do Oprimido* (2018), por utilizar uma linguagem que excluía ou invisibilizava as mulheres, mesmo ao tratar da opressão. Ele ressalta que a linguagem não é apenas um meio de comunicação, mas carrega em si ideologias que moldam e perpetuam estruturas de poder, como o machismo. Assim, ao optar por uma linguagem inclusiva e ao valorizar explicitamente a presença das mulheres no contexto da educação e da saúde, busco alinhar minha prática acadêmica a uma perspectiva que reconhece e luta contra as desigualdades de gênero, em consonância com a busca de Freire por um mundo menos perverso e mais justo para todos (Freire, 1992, p. 34-35).

empiricamente, uma variedade de pontos de vista sobre o conceito de saúde que não tive a oportunidade de saber antes.

Durante os meses que se seguiram após os primeiros casos de Covid-19 no país em 2020, a classe médica enfrentou uma divergência significativa em relação ao tratamento e enfrentamento do vírus. Minha abordagem pessoal divergia significativamente do pensamento predominante entre muitos(as) colegas médicos(as), incluindo pós-graduados(as) na área. Foi nesse contexto que percebi a limitação do meu conhecimento em efetuar mudanças na realidade da pandemia dentro do município. Buscando compreender a Covid-19 em sua totalidade (que pretensão a minha!), intensifiquei meus estudos durante o período de isolamento social.

Foi nesse período que tive maior interação com minha esposa, também ela engajada em seu próprio campo de estudo, graduando-se em Psicologia pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões (URI/Campus Santiago) através do ensino remoto. Foi através dela e de seu Trabalho de Conclusão de Curso, focado no discurso religioso e sua influência no sofrimento psíquico de mulheres do interior, que fui introduzido ao conceito de "Discurso", particularmente através do pensamento de Michel Pêcheux⁵. Esta nova perspectiva teórica revelou-me que a classe médica é atravessada por discursos que não apenas definem as estruturas de trabalho, mas também moldam as relações de poder que podem influenciar profundamente nossas condutas profissionais.

Ao refletir sobre as atitudes dos(as) meus(minhas) colegas médicos(as) durante a pandemia à luz desses novos conceitos, percebi que nossa autenticidade e as bases de nossa prática não eram tão evidentes como eu havia imaginado inicialmente. Essa revelação me trouxe à mente a famosa citação de Shakespeare: "Há mais coisas entre o Céu e a Terra do que sonha nossa vã filosofia". Assim, decidi aprofundar meu conhecimento teórico sobre o papel do Discurso nas interações humanas, tanto entre profissionais de saúde quanto entre usuários(as) do sistema. Essa nova compreensão me levou a escolher investigar como essas dinâmicas se manifestam na educação em saúde, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em busca de uma formação mais abrangente nesse campo, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da URI - Campus de Frederico Westphalen, na linha de pesquisa de Processos Educativos, Linguagens e Tecnologias. Optei por adotar a abordagem

⁵ Na Análise do Discurso (AD), a perspectiva de Michel Pêcheux, um dos expoentes da AD francesa, entende o discurso não apenas como linguagem, mas como um efeito de sentidos entre falantes, determinado pelas formações discursivas e ideológicas que atravessam os sujeitos. Assim, o discurso é visto como local de embate e constituição de sentidos, que revelam as relações de poder e as posições dos sujeitos

teórica de Michel Foucault⁶ para orientar minha pesquisa, contando com a orientação e amizade (no sentido filosófico da palavra) da Professora Eliane Cadoná. Essa jornada acadêmica visa não apenas ampliar meu entendimento teórico, mas também contribuir para uma reflexão crítica sobre a prática médica no Brasil, buscando caminhos para uma atuação mais ética, responsável e comprometida com a saúde integral dos indivíduos e comunidades.

Nas minhas pesquisas, o artigo de Mattioni e Rocha (2020), que aplica conceitos foucaultianos para analisar criticamente as práticas de promoção da saúde na APS, acabou reforçando a importância de investigar as relações de poder, conhecimento e discurso no contexto das práticas médicas. Essas autoras destacam como as políticas neoliberais e a biopolítica⁷ influenciam essas práticas, ao mesmo tempo em que sugerem possibilidades de resistência e construção de práticas mais alinhadas às necessidades reais das comunidades. Alinhando minha pesquisa a essa perspectiva, espero contribuir para uma problematização mais profunda das dinâmicas de poder e conhecimento na formação e atuação dos profissionais de saúde.

Acredito que problematizar o discurso nas práticas médicas, com foco na Educação em Saúde, considerando suas origens e influências histórico-sociais através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁸ e sua conexão com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, pode lançar luz sobre os mecanismos de poder que permeiam essas relações. Dessa forma, pretendo teorizar sobre como ocorre a formação do(a) médico(a) no contexto da realidade brasileira, suas perspectivas, interconexões e raízes dentro do campo da Educação em Saúde, considerando também as dinâmicas de poder que se estabelecem na prática clínica e suas implicações nas relações com os(as) usuários(as) da Atenção Primária em Saúde

Apesar de desafiador e estimulante, a possibilidade de trabalhar com os conceitos que vislumbrei desde a minha tenra infância foi gratificante desde o início. Ampliar os horizontes do conhecimento, absorvendo saberes através de várias leituras e conceitos totalmente novos, tem sido uma experiência muito benéfica para mim. No entanto, devo ser sincero em declarar

⁶ Michel Foucault (1926-1984) foi um filósofo, historiador das ideias, teórico social e crítico literário francês cuja obra explorou as relações entre poder, conhecimento e discurso em diversas instituições sociais, como a medicina, a prisão e a sexualidade. Seus conceitos de biopoder, biopolítica, e as noções de saber-poder são centrais para a compreensão das dinâmicas sociais e históricas.

⁷ A biopolítica, conceito desenvolvido por Michel Foucault, refere-se à forma como o poder político atua sobre a vida dos indivíduos e das populações, gerenciando-a e regulando-a por meio de diversas estratégias, como as políticas de saúde. As políticas neoliberais, por sua vez, são orientadas pela lógica de mercado e privatização, influenciando a gestão dos serviços de saúde e a formação profissional.

⁸ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que define os princípios e as diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em um nível de atenção mais próximo da comunidade.

minha resistência em adotar a escrita em primeira pessoa. A minha formação médica, no início do século 21, ainda estava alicerçada sobre pilares positivistas, com pouquíssima discussão pós-estruturalista. Apesar das enormes conquistas obtidas após Nietzsche e seu martelo, no século 19, falar em terceira pessoa e ser o mais impessoal possível foi algo implantado profundamente em minha alma de pesquisador pela Instituição de Ensino, silenciando o pouco que havia descoberto pelas minhas experiências autodidatas dentro das ciências sociais. Outra dificuldade que enfrento é deixar de usar o termo "paciente" na minha dissertação, pois este está incrustado em mim após mais de 25 anos na Medicina. De agora em diante, tentarei usar o termo "usuário(a)" para me referir às pessoas que fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Só quebro minha promessa apenas durante as pesquisas do Estado do Conhecimento, haja vista que, pela plataforma utilizada (Repositório Capes⁹), o termo "paciente" me foi sugerido durante minhas pesquisas por teses e dissertações sobre o tema proposto. Detalho mais sobre isso a seguir.

Ao estudar essa área na atuação clínica, espero fornecer subsídios para refletir sobre a formação acadêmica dos(as) novos(as) profissionais, promovendo uma reflexão crítica sobre a prática médica e suas implicações, particularmente no escopo da Educação em Saúde. Minha exploração visa não apenas identificar possíveis lacunas, mas também propor novas direções para o desenvolvimento profissional e, potencialmente, aprimorar as relações entre médicos(as) e usuários(as). Este ajuste busca estabelecer uma conexão entre o estudo do discurso médico na Educação em Saúde e os documentos oficiais que regem a formação médica no Brasil, fornecendo uma base para a análise crítica e reflexiva proposta. A Atenção Primária brasileira é uma construção contínua originada na década de 70, com experiências exitosas em vários municípios brasileiros (Gusso, Falk & Lopes, 2019). Com o advento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve um alcance significativo, com 42 mil unidades básicas de saúde (UBS) espalhadas pelo país, onde o(a) profissional médico(a) desempenha um papel essencial nas ações propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020). Essa descentralização e proximidade com a vida das pessoas são fundamentais para garantir acesso universal e integral à saúde, princípios defendidos pela Política Nacional da Atenção Básica, que também oferece um terreno de prática ideal para a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

⁹ O Portal de Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza conteúdo científico de alta qualidade para as instituições de ensino e pesquisa brasileiras, sendo uma importante ferramenta para a pesquisa acadêmica no país.

Na presente pesquisa, optei pelo uso da primeira pessoa do singular como uma estratégia metodológica que me permite implicar-me diretamente com o objeto de estudo, contrastando com a impessoalidade geralmente adotada nas produções científicas, especialmente na Medicina. Essa escolha está ancorada na busca por uma abordagem mais reflexiva e ética, em que assumo minha posição subjetiva e participativa. Essa implicação se dá não apenas por uma questão de estilo, mas como um posicionamento epistemológico e crítico, que questiona a tradição de distanciamento e objetividade no campo médico, o qual frequentemente se afasta das realidades vivenciadas nas práticas de saúde.

A aproximação do "eu" no texto permite que a análise vá além da formalidade técnica, permitindo o reconhecimento dos aspectos subjetivos que permeiam tanto a prática quanto a pesquisa. Em vez de restringir-me a uma perspectiva normatizada, busco investigar e discutir os significados e as dinâmicas de poder presentes na construção dos discursos médicos, bem como as implicações éticas que derivam das práticas cotidianas na saúde.

Em consonância com essa proposta, Foucault (1984) discute a constituição do sujeito moral, ressaltando que a ação moral envolve uma relação de implicação e transformação consigo próprio. Ele observa que "[...] a ação moral é indissociável dessas formas de atividades sobre si" (Foucault, 1984, p. 26), indicando que a prática moral exige uma postura de autoconhecimento e transformação constante. Inspirado por essa perspectiva, busco na primeira pessoa reafirmar minha responsabilidade com o estudo e com a prática profissional, especialmente em contextos onde a implicação pessoal pode se converter em uma crítica construtiva e em uma abertura para novas formas de compreender e praticar a saúde.

Justifico que estudar a prática médica por meio da Análise do Discurso, focando especialmente na Educação em Saúde dentro da APS e considerando os princípios éticos, de responsabilidade social e compromisso com a cidadania descritos nos documentos analisados, pode trazer benefícios para a aplicação dessa metodologia nas pesquisas sobre a área da saúde e da educação. Esta pesquisa visa analisar os discursos médicos e suas influências no contexto da Educação em Saúde na Atenção Primária, com o objetivo de compreender as estruturas de poder que permeiam a prática médica na Atenção Primária em Saúde e, assim, contribuir para a reflexão crítica sobre o papel desses(as) profissionais da saúde. .

Para dar conta dessa complexa teia de relações entre formação médica, discursos e práticas de saúde, e para responder às inquietações que me movem, esta pesquisa se valeu de uma abordagem metodológica específica. Na próxima seção, detalho os caminhos pelos quais esta investigação foi construída.

1.2 Metodologia

Para responder aos questionamentos que me guiam nesta pesquisa e que serão detalhados na seção seguinte, adotei uma abordagem metodológica qualitativa, com foco na análise documental. Este capítulo apresenta a fundamentação de minhas escolhas, descrevendo a classificação do estudo, a delimitação do corpus e os pressupostos da perspectiva foucaultiana que orientam a análise dos discursos.

Nesta pesquisa, propus uma reflexão sobre como os discursos médicos presentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina puderam refletir o lugar do(a) médico(a) e as relações de saber-poder nas interações entre profissionais médicos(as) e usuários(as), bem como os possíveis efeitos desses discursos na educação em saúde, sob uma perspectiva foucaultiana.

Classifiquei este estudo como básico, pois pretendi realizar uma investigação que problematizasse a questão proposta, visando proporcionar um maior entendimento sobre a análise do discurso médico em relação à educação em saúde. Meu objetivo foi a busca pelo conhecimento em si, alinhado à minha trajetória acadêmica e intelectual, conforme destacado por Trevisol-Neto (2017) e Gil (2022). Busquei, assim, ampliar os saberes acerca do tema mencionado, explorando suas complexidades e nuances.

Para alcançar esses objetivos, adotei uma abordagem metodológica qualitativa. Segundo Oliveira, Souza e Costa (2016), a análise qualitativa proporcionou uma construção baseada em interpretações teóricas que não seria alcançada por métodos quantitativos. Essa metodologia permitiu explorar a interação de fatores e sutilezas que não foram facilmente capturadas por abordagens quantitativas, mostrando-se adequada para o estudo das dinâmicas de poder e dos significados subjacentes aos discursos contidos nos documentos oficiais analisados.

Além disso, minha pesquisa se classificou como descritiva, pois teve como objetivo principal analisar documentos para identificar e descrever como os discursos médicos foram organizados e como se relacionaram com a educação em saúde. Assim como os estudos descritivos mencionados no texto, minha investigação buscou coletar, ordenar e classificar informações detalhadas sobre os fenômenos observados, fornecendo uma descrição mais apurada dos dados contidos nos documentos. A análise documental permitiu reunir uma grande quantidade de informações sobre políticas de saúde, práticas educacionais e a interseção entre medicina e educação, oferecendo olhares dessa realidade específica (Triviños, 1987, p. 110-112).

Para a construção do arcabouço teórico e a identificação do estado da arte sobre a intersecção entre educação e medicina — que compõem o Capítulo 2 desta dissertação —, foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática de teses e dissertações. A metodologia adotada que escolhi para análise do Estado do Conhecimento sobre o tema proposto neste trabalho foi fundamentada nas contribuições teóricas de Santos e Morosini (2021)¹⁰, que forneceram uma base consistente para a compreensão e análise dos temas propostos.

Explorei a bibliografia em três etapas: bibliografia anotada, sistematizada e categorizada. Para realizar essa análise, selecionei descritores e palavras-chave do DeCS/MeSH¹¹, considerando o contexto da pesquisa e os temas relevantes. Os descritores escolhidos foram Educação em Saúde, Relações Médico-Paciente, Saúde da Família e Discurso. A partir desses descritores, criei quatro combinações distintas, cada uma representando um grupo de três descritores:

Educação em Saúde + Relações Médico-Paciente + Saúde da Família

Educação em Saúde + Relações Médico-Paciente + Discurso

Educação em Saúde + Saúde da Família + Discurso

Relações Médico-Paciente + Saúde da Família + Discurso

Utilizando essas combinações como diretrizes, no final do mês de dezembro de 2023, realizei buscas e análises nas teses e dissertações disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, considerando o intervalo compreendido entre os anos de 2019 a 2023. Ao fazer a análise das referências bibliográficas, segui uma abordagem sistemática, visando identificar contribuições relevantes para cada uma das categorias propostas. Como resultado desse processo, encontrei um total de 19 trabalhos que se enquadram nos termos e critérios estabelecidos, os quais classifiquei conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 – Bibliografia anotada de teses e dissertações no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, conforme descritores e campos pesquisados, realizado em dezembro de 2023.

¹⁰ Para Santos e Morosini (2021), a metodologia Estado do Conhecimento (EC) é uma ferramenta essencial para organizar e analisar a vasta produção científica. O artigo ressignifica o EC, detalhando suas quatro etapas (bibliografia anotada, sistematizada, categorizada e propositiva) e as relacionando com a Análise de Conteúdo de Bardin. Além disso, a obra explora fontes de dados, softwares para análise qualitativa e os avanços possíveis com o uso do EC.

¹¹ DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings) são vocabulários controlados e padronizados, utilizados para indexar e recuperar informações em bases de dados bibliográficas da área da saúde, como a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Termo Pesquisado	Trabalhos encontrados	Filtro de Pesquisa
Educação em Saúde + Relações Médico-Paciente + Saúde da Família	2	Ano: 2019-2023; Tipo: Dissertação mestrado + Tese doutorado;
Educação em Saúde + Relações Médico-Paciente + Discurso	1	Ano: 2019-2023 Tipo: Dissertação mestrado + Tese doutorado;
Educação em Saúde + Saúde da Família + Discurso	13	Ano: 2019-2023; Tipo: Dissertação mestrado + Tese doutorado; Grande área conhecimento: Ciências Humanas + Ciências da Saúde Área do conhecimento: Educação + Saúde Coletiva
Relações Médico-Paciente + Saúde da Família + Discurso	3	Ano: 2019-2023; Tipo: Dissertação mestrado + Tese doutorado;
Total	19	

Sistematizei as pesquisas da seguinte forma, para melhor compreensão:

Tabela 2 - Sistematização de teses e dissertações no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, conforme categorias:

Instituição	UF	Programa	Curso	Ano	Pesquisador	Título do trabalho
UFRJ	RJ	Antropologia Social	Doutorado	2020	Roman Eduardo Goldenzweig	As doenças da cidadania: a integração dos pobres nos mundos da saúde.
FIOCRUZ	RJ	Saúde Pública	Doutorado	2020	Bruno Pereira Stelet	Medicina narrativa e medicina baseada em evidências na formação médica: contos, contrapontos, conciliações.
UFRGS	RS	Enfermagem	Mestrado	2019	Rafael Chiesa Avancini	Construção de ambientes éticos no contexto do serviço de traumatologia de um hospital universitário.
UFMG	MG	Educação	Mestrado	2020	Fabio Henrique Silva	Quem sabe sobre aquele que não aprende? Um estudo sobre a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde.
FIOCRUZ	PE	Saúde Pública	Mestrado	2019	Hassyla Maria de Carvalho Bezerra	Avaliação do processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na atenção à hipertensão e diabetes em Recife
UCP	RJ	Educação	Doutorado	2020	Enoghalliton de Abreu Arruda	Medicalização e o Contexto Escolar: as equipes Saúde da Família e o processo de transformação da

						medicalização
UFC	CE	Saúde Pública	Mestrado	2019	Karina de Andrade Batista	Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): os sentidos produzidos sobre a infância na perspectiva de familiares e profissionais da educação educadores
UCS	RS	Educação	Mestrado	2020	Ananaira Monteiro	Entre as frestas das políticas públicas: representações sociais de famílias de crianças em sofrimento psíquico grave
UFC	CE	Saúde da Família	Mestrado	2020	Thamires Queiroz Castro	Análise da Lei 13.438 e suas implicações no cuidado em saúde mental infantil na Atenção Primária à Saúde (APS)
PUCRS	RS	Educação	Doutorado	2020	Carolina Schaan Pessano	Docência na Educação Superior: a importância da gestão de pessoas para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho à luz da Psicologia Positiva
UNIT	SE	Educação	Mestrado	2019	Rivaldo Rodrigues dos Santos	Os indícios do cuidado com o corpo nos inventários judiciais sergipanos (1821-1838)

UMESP	SP	Educação	Mestrado	2020	Marla Fernanda Bastos Lima	Medicalização da vida: um estudo sobre o contexto escolar
UEM	PR	Educação	Doutorado	2019	Fernando Guimaraes Oliveira da Silva	Vidas precárias de estudantes Trans: educação, diferenças e projetos de vidas possíveis
UEM	PR	Educação	Doutorado	2019	Suzi Maria Nunes Cordeiro	O Biopoder e a Domestificação dos corpos infantis: estudo sobre o TDAH e as representações sociais de diferentes profissionais acerca do suposto transtorno e da medicalização
UEM	PR	Educação	Doutorado	2019	Robson Borges Maia	Representações sociais de professores universitários sobre o Aprimoramento Cognitivo Farmacológico
UFPA	PA	Educação	Doutorado	2019	Leia Goncalves de Freitas	Políticas de Assistência, Proteção e Educação à Infância pobre, abandonada e órfã e as ações da Prelazia do Xingu no município de Altamira – Pará (1970-1979)
UFRGS	RS	Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde	Mestrado	2019	Muriel Closs Boeff	Um Retrato da Depressão: investigação sobre a construção do

		(UFSM - FURG)				diagnóstico em práticas de promoção da saúde na Atenção Básica
FIOCRUZ	RJ	Saúde da Criança e da Mulher	Doutorado	2019	Henny Luz Heredia Martinez	Equidade no acesso dos adolescentes aos Serviços de Saúde: avanços, percalços e desafios do Sistema Público Nacional de Saúde na Venezuela
UNIVALE	MG	Gestão Integrada do Território	Mestrado	2022	Rosimara Moraes Bonfim	O Corpo como Território: percepções de amputados de membros inferiores

Excluí três teses de doutorado da análise, pois, embora os trabalhos de Pessano (2020), Silva (2019) e Freitas (2019) sejam relevantes em suas respectivas áreas, não se alinham com os descritores "Educação em Saúde", "Relações Médico-Paciente", "Saúde da Família" e "Discurso", que foram definidos para esta pesquisa.

A tese de Carolina Schaan Pessano discute a gestão de pessoas na promoção do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho no contexto da educação superior, tema que não se relaciona diretamente com os descritores mencionados. O trabalho de Fernando Guimarães Oliveira da Silva, por sua vez, foca na análise das experiências de estudantes trans no contexto escolar, abordando questões de gênero e identidade, o que também não está alinhado com os descritores da pesquisa. Da mesma forma, a tese de Leia Gonçalves de Freitas investiga políticas de assistência, proteção e educação à infância, com ênfase na atuação da Prelazia do Xingu na região de Altamira, Pará, tema que, embora relevante no campo da educação e políticas sociais, não está diretamente vinculado aos objetivos da minha pesquisa.

Portanto, optei por não incluir esses trabalhos, priorizando aqueles que estão mais alinhados com os objetivos e descritores definidos. Após examinar as teses e dissertações, identifiquei três categorias que orientaram a análise dos 16 textos restantes. Para garantir uma problematização consistente, estabeleci os seguintes critérios:

Autoridade Médica e Subjetividade Profissional: Nesta categoria, analisei a construção da autoridade médica nos documentos normativos, observando como esses discursos podem moldar práticas de poder nas relações profissionais. Examinei a possibilidade de uma assimetria na relação médico(a)-usuário(a), mediada pela medicalização e pela identidade profissional, sem explorar diretamente a subjetividade dos usuários(as), mas contextualizando os efeitos dessa dinâmica nas práticas educativas descritas nos textos analisados.

Saber/Poder no Diálogo Médico(a)-Usuário(a): Nesta categoria, realizei uma análise dos discursos presentes em documentos públicos normativos, com o intuito de problematizar as dinâmicas de poder no contexto médico. Investiguei como as diretrizes e normativas de saúde podem influenciar as interações entre médicos(as) e usuários(as), promovendo novas relações de poder, hierarquias e alterações de sentidos, e quais as possibilidades dessas estruturas de poder se refletirem nas práticas educativas descritas nos documentos.

Efeitos Discursivos na Educação em Saúde da APS: Nesta categoria, fiz uma análise dos efeitos discursivos dos documentos públicos normativos sobre a Educação em APS, sem recorrer a entrevistas com profissionais e usuários. Através da análise desses textos, investiguei como as diretrizes e normativas podem impactar nas práticas educativas na saúde, moldando a abordagem dos(as) profissionais de saúde e interferindo, de maneira (des)construtiva, na Educação em Saúde da população.

Por meio da análise dessas categorias, pretendi aprofundar a compreensão das dinâmicas que permeiam as relações entre médicos(as) e usuários(as) na APS. Em particular, busquei explorar os desafios enfrentados pela autoridade médica, examinando como os discursos influenciam a forma como os(as) profissionais de saúde se posicionam e interagem com os usuários(as). A análise dessas categorias permitiu não apenas identificar os efeitos discursivos na prática médica na Atenção Primária, mas também investigar como esses discursos se alinham com as diretrizes estabelecidas por documentos públicos que regem as normas na saúde brasileira, com ênfase na APS.

Outrossim, para justificar a metodologia de análise documental em minha pesquisa, utilizei os argumentos de Peter Spink apresentados no capítulo V do livro *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano* (2013). Spink destacou a importância de documentos produzidos regularmente e de forma seriada como um meio essencial para vislumbrar uma gradativa emergência, consolidação e possível reformulação dos saberes e práticas sobre um determinado ramo do conhecimento. Ele também enfatizou que a pesquisa desses artefatos não deveria buscar uma cronologia linear ou um ponto zero, mas sim identificar possíveis conflitos

e diálogos diversos que refletiram a processualidade das práticas discursivas (Spink, 2013, p. 100-126).

No contexto da minha pesquisa, a análise de documentos públicos normativos como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina se alinharam a essa abordagem. Esses documentos, ao serem problematizados, puderam nos mostrar como os discursos médicos se organizaram e fluíram na educação em saúde. Através da contextualização e problematização, busquei entender como as relações de poder, a autoridade e os efeitos discursivos estavam contidos nesses documentos, não com o objetivo de encontrar a raiz do problema, mas para interpretar a evolução da construção discursiva do Estado e sua influência no dia a dia dos(as) profissionais de Medicina e usuários(as). Assim, a análise documental, conforme argumentado por Spink, permitiu (des)familiarizar-se do conteúdo e perceber que estávamos diante de práticas discursivas, possibilitando uma análise crítica dos critérios, ênfases e exclusões presentes nesses documentos públicos.

Com relação ao corpus da análise, examinei os discursos médicos presentes em dois documentos públicos importantes para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. O primeiro foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, que estabelece as diretrizes para a APS no país, definindo seus objetivos, princípios e estratégias de organização e funcionamento. Esse texto foi fundamental, pois delineia as responsabilidades e o papel esperado desse(a) profissional no contexto da APS, refletindo como o discurso oficial construiu e legitimou o conceito de "autoridade médica"¹². Este foco foi ao encontro do meu objetivo de compreender como os discursos presentes nesses documentos normativos configuraram a "autoridade médica" na Educação em Saúde.

O segundo documento analisado foram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, que orientaram a formação dos(as) novos(as) profissionais que atuaram no campo médico. A análise das DCN se concentrou na forma como esses documentos normatizaram o ensino médico, especialmente no contexto da APS, estabelecendo as competências e habilidades que os(as) futuros(as) médicos(as) deveriam adquirir. Este exame

¹² A "autoridade médica" não se confunde inteiramente com o "poder médico" no sentido foucaultiano. Enquanto o poder, para Foucault, é uma rede de relações onipresente e produtiva, a autoridade se refere à capacidade de influenciar ou comandar, legitimada por uma fonte reconhecida – no caso, o saber científico, a institucionalização e a própria formação profissional. A PNAB, ao delinear responsabilidades e papéis, contribuiu para a construção dessa autoridade, que é socialmente outorgada e reforçada por discursos normativos. É crucial compreender como essa autoridade, apesar de necessária para a organização do cuidado, pode também operar como um mecanismo de dominação ou de submissão do sujeito, se não for continuamente problematizada em suas implicações éticas e educacionais.

deu-me a oportunidade de compreender em que medida o discurso oficial contido nas DCN influenciou, ou deixou de influenciar, a formação dos(as) médicos(as) para atuarem na Atenção Primária, moldando (ou não) sua compreensão e abordagem das necessidades de saúde da população, com foco na educação em saúde.

A escolha desses documentos se baseou na sua relevância e impacto na educação em saúde dentro da APS. A PNAB de 2017 foi essencial, pois direcionou como a Atenção Primária deveria ser conduzida, delineando os parâmetros para o funcionamento das unidades de saúde, as responsabilidades dos(as) profissionais e os modelos de cuidado a serem implementados. Já as DCN dos cursos de Medicina foram essenciais por estabelecerem as bases para a formação dos(as) futuros(as) médicos(as), incluindo os conhecimentos, habilidades e atitudes que deveriam ser desenvolvidos durante o curso, cuja ênfase foi aplicada, a posteriori, durante a atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Ao delimitar dessa forma o corpus do meu estudo, investiguei como os discursos presentes nesses documentos fluíram e se manifestaram, garantindo a autoridade e as relações de saber-poder na intermediação com os(as) usuários(as) dos serviços de saúde. Pretendi questionar como esses discursos foram construídos e perpetuados, e quais foram os seus efeitos na prática cotidiana dos(as) profissionais de saúde e na educação em saúde. Através da análise pretendida, busquei compreender como as diretrizes e recomendações puderam ser traduzidas em práticas concretas, e como essas práticas poderiam influenciar na formação dos(as) profissionais de saúde e na prestação de cuidados na APS. Além disso, o trabalho permitiu a identificação de conflitos, diálogos e tensões que permeiam essas práticas discursivas, oferecendo uma visão de como as relações de poder e autoridade foram estabelecidas e mantidas no contexto da saúde pública brasileira.

Noutra perspectiva, para a análise dos discursos médicos presentes nesses documentos, adicionei o olhar de Michel Foucault, conforme descrito por Rosa Maria Bueno Fischer (2001). Segundo a autora, para analisar os discursos, "precisamos antes de tudo recusar as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas" (Fischer, 2001, p. 198), dessa forma, focamos nele – o discurso em si – permitindo o aparecimento da sua complexidade.

Portanto, não busquei desvendar mistérios ocultos, mas entender a trama de possibilidades que regularizou as práticas sociais dentro da APS. Como Fischer (2001) descreveu: "Para Foucault, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento" (p. 198).

Logo, o trabalho nesses discursos nos permitiu explorar como as palavras foram construções históricas e políticas, e como a linguagem constituiu práticas que moldaram também a educação em saúde na APS. O destaque proposto por Fischer (2001) acerca de que o discurso não deveria ser visto como um conjunto de signos que levam a conteúdos ou representações, mas como práticas que criaram os objetos de que se falaram, contribuiu de maneira relevante para minha pesquisa, pois os discursos médicos contidos na PNAB 2017 e nas DCN de 2014 representaram relações de poder e saber que determinaram a realidade dentro da APS. Dessa maneira, ao analisar tais discursos, tencionei descrever as relações históricas e quais práticas concretas ainda estão vivas, conforme sugeriu a pesquisadora. Esta análise nos permitiu problematizar e contextualizar os discursos contidos no meu corpus sugerido de pesquisa.

1.3 Questões e Objetivos de Pesquisa

Considerando a abordagem metodológica delineada na seção anterior, esta pesquisa se propõe a responder o seguinte questionamento: Como os discursos presentes em documentos normativos públicos da saúde brasileira (como a Política Nacional da Atenção Básica e as Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina) constroem o conceito de "autoridade médica" na Educação em Saúde, sob a ótica foucaultiana, e quais os efeitos discursivos dessas construções nas práticas educativas em saúde e nas relações médico(a)/usuário(a), conforme documentados em meios públicos oficiais¹³?

Com base nesse questionamento, pretendo realizar uma análise documental dos textos normativos supracitados, que delinham diretrizes fundamentais para a formação médica e a atuação dos(as) profissionais de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Meu objetivo é compreender como esses documentos constroem e legitimam o conceito de "autoridade médica", na Educação em Saúde, investigando os efeitos discursivos dessas construções nas práticas educativas e nas relações médico-profissional/usuário(a), com base em abordagens Foucaultianas.

¹³ O termo "meios públicos oficiais" refere-se a documentos e publicações que são formalmente reconhecidos e disponibilizados por órgãos governamentais ou instituições públicas, caracterizando-se pela sua acessibilidade e validade jurídica ou institucional. No contexto da pesquisa, isso pode incluir, mas não se limita a: Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas por órgãos como o Conselho Nacional de Educação (CNE), Relatórios Técnicos de instituições de pesquisa vinculadas ao governo (como a Fiocruz ou o Ipea), e Súmulas e Acórdãos de tribunais superiores que tratam de questões de saúde pública. A análise desses materiais permite apreender a "versão oficial" dos discursos e normativas, sendo essencial para investigar como as políticas são formuladas e como a autoridade médica é construída e legitimada no âmbito do Estado.

Dentro dessa abordagem, busco analisar como os documentos normativos brasileiros constroem o conceito de "autoridade médica", observando como esses discursos influenciam as práticas de poder nas relações profissionais e como a identidade médica e a medicalização podem contribuir para a construção dessa autoridade na Educação em Saúde.

Além disso, pretendo problematizar as dinâmicas de poder na Educação em Saúde, focando em como as diretrizes e normativas moldam a interação médico-profissional/usuário(a), criando novas hierarquias e relações de poder nas práticas educativas em saúde.

Por fim, essa análise crítica visa investigar os efeitos discursivos dos documentos normativos sobre a Educação em Saúde, identificando como as práticas educativas descritas nesses textos impactam a relação médico-usuário(a) e contribuem para a (re)configuração das práticas médicas na Atenção Primária à Saúde (APS), com base em análises documentais.

2 DIÁLOGOS EPISTEMOLÓGICOS ENTRE EDUCAÇÃO E MEDICINA

Neste capítulo, eu construo o arcabouço teórico que fundamenta a minha pesquisa, bem como apresento os resultados do estado do conhecimento sobre a intersecção entre a educação em saúde e a prática médica na Atenção Primária. Com base na revisão bibliográfica sistemática de teses e dissertações, cujos procedimentos metodológicos foram detalhados na Seção 1.2, relevo as abordagens e conceitos que sustentam a minha análise dos discursos médicos sob uma perspectiva foucaultiana.

2.1 O Campo da Pesquisa: Categorias do Estado do Conhecimento

A revisão bibliográfica sistemática de teses e dissertações, realizada conforme metodologia que detalhei na Seção 1.2, resultou na identificação de 16 trabalhos relevantes para minha pesquisa. Desta forma, ao analisar tais textos, eu os organizo em três categorias principais, que servem de base para a compreensão do campo de pesquisa e estudo dos documentos normativos e serão designados nos seguintes subtítulos:

- **Autoridade Médica e Subjetividade Profissional:** Onde exploro a construção da autoridade médica e sua influência nas relações profissionais e nas práticas educativas;
- **Saber/Poder no Diálogo Médico(a)-Usuário(a):** Nesta parte, problematizo as dinâmicas de poder e as hierarquias nas interações médico(a)-usuário(a), com reflexos nas práticas educativas;
- **Efeitos Discursivos na Educação em Saúde da APS:** Em seguida, analiso como os discursos presentes nos trabalhos impactam as práticas educativas na Atenção Primária à Saúde.

2.1.1 Autoridade Médica e Subjetividade Profissional

A autoridade médica, historicamente, consolidou-se como um instrumento de controle social e regulação da população, especialmente a partir do conceito de "polícia médica" (Foucault, 2008a, p. 77). Como Foucault explica, desde o século XVII, na Alemanha, a polícia passou a ser entendida como uma técnica de fortalecimento do Estado, que visava não apenas

à preservação da ordem pública, mas também ao bem-estar populacional, controlando desde as condições de vida até práticas de saúde. Em suas palavras:

[...] a polícia deve assegurar-se de que os homens vivam, e vivam em grande número [...], distribuído, repartido, posto em circulação de tal maneira que o Estado possa tirar efetivamente daí sua força (Foucault, 2008a, p. 438).

Essa prática de controle reforça a ideia de que a autoridade médica não é apenas uma fonte de conhecimento técnico, mas também um dispositivo de regulação da vida, determinando padrões de normalidade e patologia que impactam as práticas e percepções sociais. Além de exercer controle sobre a saúde física, a autoridade médica atua diretamente na formação da subjetividade dos indivíduos. A partir do momento em que o saber médico define o que é normal ou patológico, ele contribui para a construção de identidades e atitudes frente à saúde, moldando a maneira como as pessoas percebem e cuidam de si mesmas. Esse processo é essencial para o que Foucault chama de biopolítica, em que o poder sobre a vida se dá através da regulamentação das condições de existência e dos comportamentos individuais e coletivos. No contexto da educação em saúde, no meu ponto de vista, senti essa autoridade médica não apenas orientando práticas de autocuidado, mas também influenciando o modo como o indivíduo compreende sua saúde e seu papel na sociedade, frequentemente reduzindo a autonomia do(a) usuário(a) ao situá-lo como receptor passivo do saber médico.

Dessa forma, nesta categoria, selecionei teses e dissertações que oferecem perspectivas sobre a formação da autoridade médica. Esses estudos foram fundamentais para minha compreensão de como o fluxo de poder influenciou significativamente a interação entre profissionais de saúde e usuários(as), revelando potenciais relações hierárquicas verticalizadas, com a centralização do cuidado na figura do(a) especialista.

O estudo de Bruno Pereira Stelet (2020), intitulado 'Medicina Narrativa e Medicina Baseada em Evidências na formação médica: contos, contrapontos, conciliações', sublinhou para a importância de valorizar diferentes saberes para enriquecer a relação médico(a)-usuário(a). Stelet argumenta que a percepção do adoecimento pode ser profundamente moldada por discursos oriundos de diversos contextos de vida, enfatizando assim a necessidade de uma formação médica em constante evolução. Ele também provocativamente discute como a medicina baseada em evidências, embora essencial, pode inadvertidamente diminuir a relevância da subjetividade no encontro clínico, desafiando a integridade da relação médico(a)-usuário(a).

Essas reflexões contribuíram para minha compreensão da dinâmica entre a Medicina Narrativa, a Medicina Baseada em Evidências e a formação médica como um todo, destacando vividamente a importância de uma abordagem humanizada na prática clínica e na educação médica. Ainda, tornaram evidente o enaltecimento no modelo científico calcado na perspectiva positivista, em um contexto em que outros olhares e perspectivas devem operar, se a direção for o cuidado integral em saúde.

O estudo "Quem sabe sobre aquele que não aprende? Um estudo sobre a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde" de Fabio Henrique Silva (2020) contextualiza a medicalização no contexto educacional, com foco nas demandas dos(as) profissionais da educação aos(as) profissionais da saúde para lidar com dificuldades de aprendizagem e comportamentais em crianças. Utilizando referências teóricas como Foucault e a psicologia histórico-crítica de Maria Helena Souza Patto¹⁴, o estudo analisa como a medicalização se relaciona com questões de poder e reprodução social na escolarização, revelando seu caráter biopolítico.

A pesquisa baseia-se na Psicanálise para trazer a medicalização como uma forma de lidar com o mal-estar na Educação e com a dificuldade de homogeneização na política educacional, elevando os saberes médicos como essenciais no enfrentamento do problema. Destaca-se a tendência de diagnóstico do TDAH como principal causa da não aprendizagem, evidenciando uma perspectiva foucaultiana na construção da infância e da escola. Os discursos revelam uma interlocução complexa entre saúde e educação, onde o discurso biomédico muitas vezes silencia o sujeito. A prática da psicologia e da medicina na educação pode perpetuar viés higienista e étnico-racial, resultando em segregação e determinismo biológico.

O trabalho "Medicalização e o Contexto Escolar: As equipes Saúde da Família e o processo de transformação da medicalização", de Enoghalliton de Abreu Arruda (2020), conduziu à crescente tendência de medicalização da infância, onde comportamentos tidos como anormais são categorizados como transtornos mentais, justificando o uso de medicamentos como a Ritalina para explicar o fracasso escolar. Desenvolvida em Pirapetinga-MG, a pesquisa

¹⁴ A Psicologia Histórico-Crítica, especialmente na abordagem de Maria Helena Souza Patto, é um marco nas investigações sobre o fracasso escolar. Sua pesquisa, empreendida na década de 1980, adota o materialismo histórico-dialético para analisar os processos psicológicos e sociais sob a ótica das relações de poder e dominação, criticando práticas que promovem a medicalização e a exclusão social no campo educacional. A pesquisadora problematiza os índices de evasão e reprovação, revisando criticamente a literatura e realizando pesquisa de campo para apreender os discursos sobre o fracasso escolar, ouvindo profissionais, famílias e, sobretudo, as crianças. A autora destaca como a organização escolar reproduz desigualdades de classe e como a psicologia, historicamente, contribuiu para práticas educativas excludentes (Silva, 2020, p. 36-37).

envolveu seis unidades escolares municipais e quatro unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), combinando levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de conteúdo.

Os resultados destacam a escola como fomentadora da transformação de questões de indisciplina em problemas psiquiátricos, adotando a medicalização como solução fácil para produzir alunos(as) mais calmos(as) e atentos(as). O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é amplamente utilizado como diagnóstico, resultando em uma excessiva prescrição de metilfenidato e submetendo as crianças a uma lógica capitalista de produção, visando à domesticação e controle.

A formação dos(as) profissionais de saúde, centrada no modelo biomédico, fez-me refletir sobre como se defendeu a medicação como solução para problemas comportamentais, refletindo a atual tendência como alternativa para questões de saúde mental. Observei que esse processo colocou a vida cotidiana cada vez mais sob a influência e supervisão médica, impulsionado por interesses privados e uma falta de integração entre diferentes setores, como enfermeiros, gestores escolares e da saúde. Isso intensificou a demanda por respostas rápidas ao fracasso escolar, promovendo a confiança na medicação como solução e também fortalecendo a autoridade médica.

Com a dissertação "Entre as frestas das políticas públicas: Representações sociais de famílias de crianças em sofrimento psíquico grave", realizada por Ananaira Monteiro (2020), investigou-se as representações sociais de famílias com crianças enfrentando problemas psiquiátricos graves. O trabalho deslocou-me ao olhar predominante que é influenciado pelo saber psiquiátrico e como o diagnóstico desses problemas é construído em um contexto burocrático que mantém uma ordem social predefinida.

As políticas públicas e serviços estratégicos que cuidam dessas crianças abrangem várias áreas, incluindo saúde mental, educação, assistência social, justiça e defesa de direitos. No entanto, as famílias muitas vezes se tornam meras consumidoras das prescrições do modelo biomédico, desconsiderando seus próprios saberes e práticas. A espera por atendimentos e consultas é uma realidade comum, enquanto as orientações dos(as) especialistas são seguidas sem questionamento, levando à destituição da subjetividade e da autonomia das cuidadoras. O tratamento medicamentoso é frequentemente exigido pelos dispositivos institucionais como forma de controle, embora seja questionado pelas cuidadoras em relação aos seus efeitos e adequação.

Com esta dissertação, percebi também que a medicalização, principal meio de intervenção proposto pela escola e pelos serviços de saúde, é vista como uma forma de violência quando em excesso, mas também como um meio de manejo e alívio da exaustão emocional, o

que acaba aumentando o poder da autoridade médica. Essas representações revelaram para mim a complexidade das relações entre famílias, serviços de saúde e instituições, evidenciando a necessidade urgente de uma abordagem mais colaborativa e humanizada no cuidado de crianças em sofrimento psíquico grave.

Na dissertação "Análise da Lei 13.438¹⁵ e suas Implicações no Cuidado em Saúde Mental Infantil na Atenção Primária à Saúde (APS)", de Thamires Queiroz Castro (2020), diversas questões relacionadas à influência política e ideológica na definição de protocolos de saúde, especialmente no contexto da saúde mental infantil, foram trazidas.

Nela, destacou-se o exemplo da autoridade profissional, como os(as) psicanalistas, na construção de políticas públicas, assim como a normatização por meio da aplicação de testes, como o protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)¹⁶, em crianças com possibilidade de terem o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), refletindo um pensamento predominantemente biomédico. O poder-saber e saber-poder são elementos centrais discutidos, evidenciando o controle dos corpos por meio da varredura infantil em busca de crianças com risco psíquico, além da mercantilização do diagnóstico.

Pela pesquisa, entendi que a criação de políticas públicas muitas vezes ocorre sem a participação de especialistas no assunto, o que pode levar à homogeneização do discurso e à cristalização de formas de tratamento e educação. A dissertação também destaca como protocolos normatizam comportamentos e classificam sintomas para organização de diagnósticos e tratamentos. Dessa forma, concordei também que a paixão por um ideal de tratamento pode deturpar o cuidado, conforme citado na dissertação:

¹⁵ A Lei nº 13.438, de 2017, altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) para tornar obrigatória a aplicação, nos primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento para detecção de risco para o desenvolvimento psíquico da criança em consultas pediátricas no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei busca a identificação precoce de possíveis questões no desenvolvimento infantil.

¹⁶ O Protocolo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) é um instrumento de avaliação que busca identificar precocemente sinais de risco psíquico em bebês e crianças pequenas, visando a intervenções preventivas e o acompanhamento do desenvolvimento.

Esse grupo restrito de pessoas não levou em consideração a experiência de outros profissionais com abordagens técnicas diferenciadas no cuidado a crianças autistas e foi principalmente esse grupo de pessoas, com seu entendimento particular, que articulou a conjuntura política, educacional e clínica sobre o autismo. A paixão por uma ideia ou ideal pode cristalizar as formas de tratamento e educação para as crianças ditas autistas e como já nos falava Hochmann (2009)¹⁷, o autismo pode desencadear paixões que fazem com que fiquemos aprisionados em um ideal e passamos a acreditar que somos os detentores da verdade sobre esta mesma causa. (Castro, 2020, p. 63)

Essas reflexões contribuem para a análise crítica da Lei 13.438 e suas implicações no cuidado em saúde mental infantil na Atenção Primária à Saúde, destacando-me a complexidade das relações entre política, ideologia, ciência e cuidado e seus efeitos na autoridade/subjetividade de profissionais médicos(as).

Ao ler a dissertação "Os Indícios do Cuidado com o Corpo nos Inventários Judiciais Sergipanos (1821-1838)", de Rivaldo Rodrigues dos Santos (2019), percebi a influência da autoridade médica e a produção de subjetividade associada à higiene e ao cuidado com o corpo no século XIX em Sergipe.

Nela, a importância da higiene é entendida como um ato civilizatório, introduzido por meio de ideias importadas da Europa, incluindo a vinda de médicos, engenheiros e advogados para a região. Os médicos desempenhavam um papel significativo na disseminação das práticas higiênicas, inclusive na instrução escolar básica e na formação de novos professores, durante o movimento higienista.

Nesse contexto, revelou-me que o Estado exercia um papel de ordenador da sociedade por meio da higiene, contribuindo para moldar comportamentos e hábitos dos indivíduos. Norbert Elias¹⁸ é citado para ressaltar como os processos históricos influenciam as transformações nos hábitos e no comportamento humano, evidenciando o processo civilizador. O processo civilizador é caracterizado pela auto regulação dos hábitos e costumes, mediado por tabus, restrições e orientações, muitas vezes instituídos por decretos, leis e normativas estatais. Além disso, são discutidas as noções de família e orfandade, destacando a adequação do papel feminino diante da morte do chefe de família.

A autoridade médica também é percebida por mim na regulação do comportamento relacionado ao vestuário e outros aspectos do cuidado com o corpo, evidenciando como os indivíduos reproduzem comportamentos orientados por comandos ou proibições, muitas vezes

¹⁷ Michel Hochmann é um psicanalista e psiquiatra francês, conhecido por suas contribuições no campo da psicanálise de crianças e adolescentes, com foco em temas como autismo e psicose infantil, e suas críticas às abordagens excessivamente biologizantes.

¹⁸ Norbert Elias, sociólogo alemão, desenvolveu a teoria do "processo civilizador", que descreve a evolução de costumes, comportamentos e controles sociais na história ocidental, resultando em uma maior auto coerção e regulação dos impulsos, muitas vezes por meio de instituições e normas sociais.

ditados pelos profissionais de saúde da época. Assim como nos inventários judiciais sergipanos do século XIX, onde a intervenção estatal regulava os cuidados com o corpo, a inclusão da Estratégia de Saúde da Família nos anos 90 reflete uma continuidade desse papel do Estado na promoção da saúde e na regulação dos comportamentos relacionados ao bem-estar físico e social dos cidadãos brasileiros.

A pesquisa dissertativa "Medicalização da Vida: Um Estudo sobre o Contexto Escolar", de Marla Fernanda Bastos Lima (2020), assim como os trabalhos anteriores de Arruda (2020) e Silva (2020), trouxe-me questões sobre a autoridade médica e a subjetividade no âmbito da medicalização escolar. A autora salientou-me como o olhar médico é legitimado para definir o que é considerado normal e patológico, utilizando rótulos pré-estabelecidos para categorizar os sujeitos. Esse viés médico muitas vezes reduz os indivíduos a meras estatísticas, negligenciando suas experiências pessoais e emocionais.

Assim, entendi que a construção do saber-poder médico e dos especialismos tende a marginalizar outras formas de conhecimento e entendimento da saúde e da vida. Ao longo da história, a medicina assumiu diferentes papéis na sociedade, moldada pelos interesses econômicos e pelas mudanças nos meios de produção capitalista. No século XIX, por exemplo, ela se tornou mais prescritiva, regulando-se pela noção de normalidade em detrimento da saúde, o que reforça sua posição como um instrumento de controle social. A pesquisadora destaca e dessa maneira, concordei que:

Compreendemos que o papel que a Medicina ocupa na sociedade é histórico e muda conforme os interesses econômicos de cada época. Conforme a sociedade se modifica, principalmente, pelo marco das transformações dos meios de produção capitalista, o papel da Medicina se ampliou por se transformar em um campo importante para o controle das doenças na sociedade. A Medicina como estratégia política passa a compor um conhecimento do homem saudável e o homem modelo, culminando em uma postura normativa. Podemos assim dizer que, a Medicina do século XVIII referia-se muito mais à saúde do que à normalidade. Já a Medicina do século XIX regula-se mais pela normalidade do que pela saúde, ou seja, adquire um papel normatizador. (Lima, 2020, p. 73)

Essas reflexões sobre a autoridade médica e a subjetividade profissional destacaram para mim como a medicalização penetra diversos aspectos da vida contemporânea, inclusive na esfera escolar, onde as dificuldades de aprendizado muitas vezes são abordadas e tratadas sob uma perspectiva médica, negligenciando outras abordagens educacionais e sociais possíveis.

Portanto, nos sete trabalhos discutidos anteriormente, percebi que a autoridade médica emerge como um processo complexo, influenciado por diversos setores externos ao contexto médico, influenciando a subjetividade do(a) profissional médico(a). Os conhecimentos dessa

área muitas vezes são considerados como uma verdade perene; no entanto, são construções fluidas, como interpretei pela abordagem de Foucault em sua obra, que exemplifica a complexidade e mutabilidade desses saberes:

[...] o pensamento classificatório se dá um espaço essencial. A doença nele só existe na medida em que ele a constitui como natureza; e, no entanto, sempre aparece um pouco deslocada com relação a ele, por se oferecer em um doente real, aos olhos de um médico previamente armado. O belo espaço plano do retrato é, ao mesmo tempo, a origem e o resultado último: o que torna possível na raiz, um saber médico racional e certo, e aquilo para o qual ele sempre deve avançar através do que o oculta da vista. Existe, portanto, todo um trabalho da medicina que consiste em alcançar sua própria condição, mas por um caminho em que ela deve apagar cada um de seus passos, desde que atinja seu fim, neutralizando não somente os casos em que se apóia, mas sua própria intervenção. Daí a estranha característica do olhar médico; ele é tornado em uma espiral indefinida: dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer. E este olhar, progredindo, recua, visto que só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar, em seus fenômenos, sua natureza. (Foucault, 1977, p. 8)

Dessa maneira, quanto à medicalização, enquanto processo biopolítico, percebi que ela exerce um papel significativo e, talvez, insidioso na educação, atuando como uma forma de doutrinação em diversos setores, especialmente na saúde mental, conforme evidenciado nos estudos apresentados. Essa dinâmica revela uma relação de poder que transcende a esfera clínica e é respaldada pela formação médica com o aval do Estado. No entanto, é essencial para eu compreender que a autoridade médica e a medicalização não são exclusivamente negativas. Elas também desempenham um papel importante na construção da sociedade, contribuindo para a melhoria da saúde dos corpos e facilitando a capacidade dos indivíduos de trabalhar e gerar novos seres humanos. A medicina, conforme teorizado por Canguilhem em *O Normal e o Patológico* (2020) através da nosologia¹⁹, permite ao(a) médico(a) transformar observações em diagnósticos. Ela oferece medicamentos, tratamentos ou outras formas terapêuticas aos usuários(as), em busca de uma 'normatividade'. No entanto, se mal conduzida, essa normatividade pode ser danosa ao sujeito.

Além disso, quando analisei a noção de Higiene, como destaquei em Santos (2019), bem como as implicações na Saúde Mental Infantil da Lei 13.438, que foram investigadas por Castro (2020), em conjunto com as ideias de Foucault (1977), percebi como os conceitos de saúde são

¹⁹ A nosologia refere-se ao ramo da medicina que se ocupa da classificação e descrição das doenças. Conforme Georges Canguilhem (2020), o estudo da nosologia vai além da mera catalogação, sendo um processo dinâmico de construção do saber médico que permite ao profissional transformar observações clínicas em diagnósticos, delineando os limites entre o que é considerado "normal" e "patológico" em determinado contexto histórico e social, refletindo as concepções de saúde e normalidade de uma época.

moldados não apenas pela medicina, mas também por atos estatais e outros fatores externos ao campo médico. Isso influencia diretamente as interações entre os(as) profissionais de saúde e os(as) usuários(as), exercendo uma espécie de poder através do conhecimento médico construído previamente e impactando a autonomia do sujeito.

Com base nesses pontos, tornou-se evidente que a construção da normatividade e os processos de medicalização estão intrinsecamente ligados a práticas de poder que extrapolam o espaço clínico, afetando a sociedade de forma ampla. Como mencionei nas seções anteriores, a autoridade médica e o papel do Estado na construção de normas de saúde possuem implicações diretas nas relações de saber/poder. Na próxima seção, explorei com mais profundidade como essas dinâmicas se manifestam especificamente nas práticas educativas dentro da APS, analisando os efeitos discursivos desses processos na construção de identidades e na promoção da saúde.

2.1.2 Saber/Poder no Diálogo Médico(a)-Usuário(a)

Nessa categoria, examinei as interações entre profissionais médicos(as) e usuários(as), onde emerge um intrincado jogo de forças influenciado pelo saber e pelo poder. Explorei duas teses e três dissertações que abordam as complexidades dessas relações, investigando como o discurso médico pode moldar as relações de cuidado.

Na tese de doutoramento em Antropologia Social de Roman Eduardo Goldenzweig (2020), intitulada "As doenças da cidadania: a integração dos pobres nos mundos da saúde", as interações entre médicos(as) e usuários(as) dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) foram estudadas²⁰. Nesse encontro clínico, a dinâmica de poder se manifesta de diversas maneiras, influenciando a forma como o cuidado é prestado e recebido. O profissional de saúde, frequentemente detentor do conhecimento técnico, pode exercer uma autoridade que impacta diretamente nas decisões relacionadas ao tratamento e manejo da saúde do usuário.

Por outro lado, os usuários(as), muitas vezes em uma posição de vulnerabilidade, podem se sentir em desvantagem nessa relação, sendo influenciados pelas normas e expectativas impostas pelo sistema de saúde. A busca por acesso aos serviços de saúde, especialmente por parte de populações historicamente excluídas, destaca as assimetrias de poder presentes nesse contexto. Para Goldenzweig (2020), a normatização das falas dos usuários em nosologias e a

²⁰ A tese de Goldenzweig (2020) aprofunda a compreensão da APS ao investigar as "doenças da cidadania", conceito que explora como as condições sociais e econômicas afetam a saúde e o acesso aos serviços de populações vulneráveis, muitas vezes marginalizadas do direito pleno à cidadania em saúde.

imposição de padrões de comportamento e conduta representam formas de biopoder²¹ que moldam a experiência do usuário no sistema de saúde.

Contudo, a promoção de uma política da vida, na qual percebi que os usuários têm voz e participação ativa em seus cuidados de saúde, pode representar uma forma de resistência. Assim, a relação médico(a)-usuário(a) na APS não se restringe apenas ao aspecto técnico do cuidado, mas também envolve questões de poder, autonomia e participação social, que precisam ser compreendidas e problematizadas para promover uma abordagem mais democrática e humanizada no campo da saúde.

Na pesquisa de Rafael Chiesa Avancini de 2019, intitulada "Construção de Ambientes Éticos no Contexto do Serviço de Traumatologia de um Hospital Universitário", foram abordadas questões pertinentes à dinâmica de poder presentes nas interações entre profissionais de saúde e usuários no contexto da unidade de traumatologia. Os resultados destacaram a influência de relações pessoais e institucionais na construção de ambientes éticos, revelando que a comunicação, os protocolos institucionais e a coletividade são aspectos-chave na construção de um poder embasado no saber²². Esses achados corroboraram a ideia de que existe uma espécie "jogos de poder" no diálogo médico(a)-usuário(a), evidenciando como as relações interpessoais e institucionais podem influenciar nas percepções e na qualidade da assistência em saúde.

Os resultados também evidenciaram que a relação profissional pode ser afetada por uma série de fatores, incluindo a própria estrutura hospitalar, que lida com questões delicadas relacionadas à finitude da vida, e, principalmente, as relações interpessoais. Além disso, as normas e ações institucionais exercem influência significativa na dinâmica dessas relações, determinando como se dá a interação entre profissionais de saúde e usuários. Através de protocolos estabelecidos e do discurso multiprofissional em *rounds*²³, assim como da promoção da humanização das assistências, a instituição molda não apenas o ambiente físico, mas também

²¹ Conceito desenvolvido por Michel Foucault, biopoder refere-se aos mecanismos pelos quais o poder atua e se direciona sobre a vida das populações, tanto individual quanto coletivamente. Não se trata apenas da repressão, mas da gestão, organização e otimização dos processos vitais, como a saúde, a natalidade e a mortalidade, por meio de normas e regulamentações. No contexto da saúde, manifesta-se no controle de corpos e populações através de práticas médicas, sanitárias e discursivas.

²² Avancini (2019) demonstra como o "poder embasado no saber", em consonância com a perspectiva foucaultiana, se manifesta na prática hospitalar através da comunicação estruturada (e.g., *rounds*), dos protocolos institucionais e da ação coletiva dos profissionais, evidenciando a materialização do conhecimento em dinâmicas de autoridade e cuidado."

²³ No contexto hospitalar, *rounds* referem-se às visitas diárias de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) aos pacientes internados, onde são discutidos casos clínicos, planejados tratamentos e avaliada a evolução dos pacientes. É um momento de troca de informações e tomada de decisões conjuntas sobre o cuidado.

as relações de poder presentes no contexto médico. Para mim, esses aspectos refletem o conceito de saber-poder de Foucault (2008b), destacando como o conhecimento e as práticas institucionais exercem influência sobre as interações médico(a)-usuário(a), evidenciando uma dinâmica de poder permeada por questões interpessoais e institucionais.

A dissertação de Hassyla Maria de Carvalho Bezerra (2019), intitulada "Avaliação do Processo Educativo Realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Atenção à Hipertensão e Diabetes em Recife", destacou a complexidade das interações entre profissionais de saúde e usuários, especialmente no contexto educativo promovido pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)²⁴. Os resultados revelaram que tanto abordagens problematizadoras quanto bancárias²⁵ são utilizadas nas práticas educativas, refletindo diferentes dinâmicas de poder no diálogo médico(a)-usuário(a). A concepção bancária, marcada pela verticalização do saber e pela hierarquização das relações, pode perpetuar uma visão em que o poder está predominantemente nas mãos dos profissionais de saúde, onde o conhecimento é transmitido de forma autoritária e fragmentada. Por outro lado, o modelo problematizador, inspirado na teoria de Paulo Freire, valoriza as experiências e necessidades dos usuários, promovendo uma abordagem mais participativa e dialógica na educação em saúde - equilibrando as relações. Nesse sentido, a coexistência dessas abordagens reflete a dinâmica de poder presente nas interações entre profissionais de saúde e usuários, evidenciando a importância de uma reflexão crítica sobre o saber e seu impacto nas relações de cuidado e autonomia da pessoa. Essa interpretação foi uma das conclusões que pude extrair do estudo analisado.

A dissertação de Muriel Closs Boeff (2019), intitulada "Um Retrato da Depressão: Investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica", ofereceu-me uma análise sobre a construção do diagnóstico de depressão, destacando a influência de diversos fatores, incluindo gênero, organização do trabalho, posição social e cultura local, nas interações entre profissionais de saúde e usuários(as). Ao examinar como esses elementos moldam a percepção e interpretação do diagnóstico tanto pelas mulheres

²⁴ O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi um arranjo organizacional do SUS (extinto em 2019 e substituído por outros modelos de apoio), que visava a apoiar as equipes de Saúde da Família por meio de profissionais de diferentes áreas da saúde (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros), ampliando a capacidade de cuidado e as ações intersetoriais na Atenção Básica.

²⁵ Termos cunhados por Paulo Freire, na área da educação: a concepção bancária de educação caracteriza-se pela transmissão unilateral de conhecimentos do educador para o educando, que é visto como um recipiente passivo a ser "depositado" de informações. Já a concepção problematizadora propõe um diálogo horizontal, no qual educador e educando constroem o conhecimento juntos, a partir da reflexão crítica sobre a realidade.

quanto pelos profissionais de saúde, o estudo evidenciou a dinâmica de poder presente no diálogo médico(a)-usuário(a).

A autora sugeriu que a medicalização do sofrimento²⁶ feminino, muitas vezes manifestada através do diagnóstico de depressão, pode ser reflexo de práticas biomédicas que buscam exercer controle sobre os corpos e as experiências das mulheres. Isso trouxe a revelação de uma relação de saber-poder, na qual os profissionais de saúde, muitas vezes detentores do conhecimento médico, exercem autoridade sobre os(as) usuários(as), inclusive eu, influenciando não apenas no diagnóstico, mas também na linguagem e na percepção do próprio sofrimento.

Percebo, junto com a autora, que essa dinâmica de poder pode levar à estigmatização das mulheres e à marginalização de suas experiências, ao enquadrar seus sentimentos e vivências dentro de uma nosologia clínica. Além disso, vejo agora que a imposição de um diagnóstico de depressão pode impactar a maneira como as mulheres se veem e se expressam, reforçando estereótipos de gênero e limitando suas possibilidades de autodeterminação. No texto, ilustra-se como essa dinâmica de poder se manifesta na prática clínica:

Através desta relação de poder poderia se observar a presença de um processo de submissão do sujeito à figura do médico, onde sua autoridade não deveria ser questionada, principalmente se este fosse um profissional que já acompanhava o indivíduo há muito tempo. (Boeff, 2019, p. 80)

Dessa forma, tanto para a autora quanto para mim, compreender e problematizar essa dinâmica de poder é essencial para uma prática médica mais ética, centrada na pessoa e sensível às particularidades de gênero e contexto social. Isso requer uma abordagem crítica que considere não apenas os aspectos biológicos da doença, mas também as dimensões socioculturais e políticas que influenciam a construção do diagnóstico e o cuidado em saúde mental.

Durante minha pesquisa, a tese de Henny Luz Heredia Martinez (2019), intitulada "Equidade no acesso dos adolescentes aos serviços de saúde: avanços, percalços e desafios do Sistema Público Nacional de Saúde na Venezuela", teve um impacto relevante sobre minha compreensão das dinâmicas de saber-poder no diálogo entre profissionais de saúde e usuários, especialmente adolescentes. Através da análise de discursos de adolescentes e profissionais de

²⁶ A medicalização do sofrimento refere-se ao processo pelo qual condições e experiências humanas que não são inerentemente médicas (como tristeza, ansiedade ou questões sociais) passam a ser definidas e tratadas como doenças. Este processo, muitas vezes associado à perspectiva biomédica, pode levar à patologização de aspectos da vida, impactando a autonomia e a percepção individual sobre si e suas vivências.

saúde, utilizando a Análise de Discurso Crítica (ADC) de Fairclough²⁷, Martinez identificou como as instituições de saúde venezuelanas perpetuam tabus sociais relacionados à sexualidade na adolescência, principalmente em relação às meninas.

Concordo com a autora quando ela aponta que essa perpetuação reforça a desigualdade de gênero, facilitando o acesso ao preservativo para os meninos enquanto dificulta para as meninas, impondo padrões de comportamento baseados em estereótipos de gênero. A partir dessa leitura, percebi como o acesso desigual aos preservativos, com uma disponibilidade maior de preservativos masculinos do que femininos, ilustra a perpetuação dessas disparidades de gênero pelas instituições de saúde, influenciando na autonomia e no controle sobre a própria saúde das adolescentes. Além disso, Martinez demonstra que a falta de sigilo e respeito à privacidade por parte dos profissionais de saúde leva as adolescentes a buscarem outras unidades de saúde, o que evidenciou para mim a perda de confiança nas instituições e nos profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

O desrespeito aos direitos dos adolescentes homossexuais por parte dos profissionais de saúde também evidenciou para mim uma manifestação do poder médico sobre a sexualidade e identidade dos usuários, impondo normas e condutas que muitas vezes ignoram as necessidades e realidades desses jovens. Mesmo com leis regulamentando como a saúde do adolescente deve ser tratada, os profissionais muitas vezes optam por condutas consideradas "mais apropriadas" de acordo com suas próprias visões e preconceitos, em vez de respeitar a autonomia e os direitos dos adolescentes, situações vivenciadas muitas vezes, na minha prática clínica.

Diante do que expus, fica como a dinâmica de saber-poder permeia as interações entre profissionais de saúde e usuários, em uma variedade de contextos. Seja na Atenção Primária à Saúde, na promoção da saúde mental ou no acesso aos serviços de saúde, essa relação de poder se manifesta de formas diversas, exercendo influência direta sobre a qualidade do cuidado e a autonomia dos(as) usuários(as).

Percebo que entender como essa construção de poder é constituída, em parte, por nós, profissionais médicos(as), embasada em diversos saberes, é fundamental para compreender como as interações são moldadas e como os(as) usuários(as) são influenciados(as) de acordo com as premissas estabelecidas. Como destaca Foucault, e assim reconheço em "Arqueologia do Saber" (2008b):

²⁷ A Análise de Discurso Crítica (ADC), conforme desenvolvida por Norman Fairclough, é uma metodologia que investiga como as relações de poder, ideologias e discursos são construídos e reproduzidos na linguagem, buscando revelar as conexões entre o uso da língua e as estruturas sociais. No contexto da pesquisa de Martinez (2019), a ADC permite analisar como as interações discursivas na saúde refletem e perpetuam desigualdades de gênero e tabus.

Primeira questão: quem fala? Quem, no conjunto de todos os sujeitos falantes, tem boas razões para ter esta espécie de linguagem? Quem é seu titular? Quem recebe dela sua singularidade, seus encantos, e de quem, em troca, recebe, se não sua garantia, pelo menos a presunção de que é verdadeira? Qual é o status dos indivíduos que têm - e apenas eles - o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceito, de proferir semelhante discurso? O status do médico compreende critérios de competência e de saber; instituições, sistemas, normas pedagógicas; condições legais que dão direito - não sem antes lhe fixar limites - à prática e à experimentação do saber (Foucault, 2008b, p. 56).

Assim, compreender como o saber-poder influenciou as interações nos encontros clínicos foi importante para uma análise mais profunda das relações de cuidado, no meu ponto de vista. Dessa forma, eu me projetei para a última categoria, onde explorei os efeitos discursivos na Educação em Saúde da APS, a fim de entender como essas dinâmicas de poder se manifestaram na prática educativa em saúde.

2.1.3 Efeitos Discursivos na Educação em Saúde da APS

Minha análise propôs investigar os efeitos discursivos na educação em saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando os últimos trabalhos acadêmicos que selecionei no estado do conhecimento, ainda não explorados. Quando examinei os discursos presentes nas práticas educativas da APS, pretendi identificar como as percepções, crenças e valores dos(as) profissionais de saúde e da comunidade influenciaram a forma como as informações foram transmitidas e recebidas.

Ao ler o trabalho de Karina de Andrade Batista (2019), intitulado "Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): os sentidos produzidos sobre a infância na perspectiva de familiares e profissionais da educação educadores", observei como os discursos médicos moldaram a compreensão e abordagem do TDAH²⁸ na visão de familiares e profissionais da educação, oferecendo ideias sobre os efeitos discursivos na Educação em Saúde da APS. Por meio de uma análise de discurso qualitativa realizada em Fortaleza/CE, esse estudo examinou como diferentes contextos culturais e históricos influenciaram a concepção da infância, com destaque para a influência dos campos da medicina e da educação na construção da identidade infantil.

²⁸ A “moldagem” dos discursos médicos refere-se à influência da linguagem e dos conceitos da medicina na forma como condições como o TDAH são percebidas, diagnosticadas e tratadas na sociedade, muitas vezes priorizando uma perspectiva biomédica em detrimento de outras abordagens.

A pesquisa revelou também que a infância foi percebida como uma construção social complexa²⁹, moldada por valores morais e contextos sociais, e influenciada por discursos prevalentes na sociedade. Além disso, processos cognitivos e comportamentais foram concebidos como construções teóricas³⁰ por áreas como a medicina, a psicologia e a pedagogia, enquanto termos biomédicos foram utilizados para estabelecer normas de comportamento, algo que presencio diariamente na ESF. Nesse contexto, identifico que a medicina desempenha um papel disciplinador ao categorizar desvios da norma como patológicos, o que resulta em um novo discurso sobre os corpos e identidades individuais, como destaca a autora:

O processo de normatização da infância no campo educacional é perpassado pelos saberes médicos e por discursos científicos instaurados. Discursos esses que se inserem no campo da saúde mental, no qual opera, dentre outros, o saber médico psiquiátrico. A psiquiatria infantil apresenta práticas e saberes que tomam a infância como objeto a ser estudado e estabelece padrões de normalidade e, conseqüentemente, anormalidade. No campo da psiquiatria, o anormal, o louco, doente mental, é aquele que por muito tempo foi tido como inapto ao convívio social, desprovido de razão, diferente de todos os outros, sendo assim inferiorizados e estigmatizados. O ideal de normalidade só pode ser atingido pelo equilíbrio, pela lógica, pela linearidade. (Batista, 2019, p. 87)

Dessa forma, o aprendizado escolar foi alvo de normatização, influenciado pelos saberes médicos e discursos científicos, especialmente no campo da saúde mental, onde a psiquiatria infantil definiu padrões de normalidade e anormalidade. Adicionalmente, o diagnóstico do TDAH foi interpretado como um reflexo dos movimentos higienistas do século XX³¹, caracterizando-o como um desajuste dos papéis sociais atribuídos às crianças. A ascensão do neurologista³² como especialista das interações sociais e bioquímicas do sujeito contribuiu para

²⁹ A concepção da infância como uma construção social e histórica, e não como uma categoria universal e natural, é um pilar teórico que perpassa diversas áreas do conhecimento, incluindo a sociologia da infância e a psicologia do desenvolvimento, influenciando diretamente a compreensão de comportamentos e diagnósticos. Esta perspectiva desafia visões essencialistas da infância, enfatizando como ela é moldada por fatores culturais, políticos e econômicos.

³⁰ A ideia de “construções teóricas” implica que esses processos não são meras realidades biológicas, mas sim conceitos desenvolvidos e interpretados por diferentes campos do saber, influenciados por teorias, métodos e contextos históricos específicos de cada disciplina.

³¹ Os movimentos higienistas do século XX representaram um conjunto de práticas e discursos que visavam a organização social e a melhoria da saúde pública, frequentemente atrelados a ideologias de controle social e normatização de comportamentos. A medicalização de questões sociais, como o TDAH, pode ser vista como uma continuidade dessas práticas, onde desvios de conduta são convertidos em problemas de saúde a serem corrigidos ou normalizados.

³² A valorização da neurologia como principal campo explicativo para comportamentos e processos cognitivos reflete uma tendência biomédica de redução da complexidade humana a substratos orgânicos e bioquímicos. Esta perspectiva, embora essencial para a compreensão de certas condições, pode, quando hegemônica, negligenciar as dimensões psicossociais, culturais e contextuais que também influenciam o desenvolvimento e o comportamento humano, como discutido por Canguilhem (2020) ao abordar a nosologia e a medicalização do normal.

a padronização de condutas e a definição das experiências individuais, efeito sentido na minha prática clínica.

Embora o foco da pesquisa de Batista (2019) não tenha sido diretamente nos efeitos discursivos na educação em saúde da APS, suas análises sobre os discursos envolvidos no contexto escolar ofereceram dados para entender como os discursos médicos e educacionais influenciaram a percepção do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na sociedade. Ao contextualizar a construção da identidade infantil e a normatização do comportamento escolar, suas reflexões proporcionaram base para examinar as interações entre conhecimento, poder e prática na promoção da saúde na Atenção Primária.

Além disso, o meu estudo sobre o trabalho de Suzi Maria Nunes Cordeiro (2019) - "O Biopoder e a Domesticação dos Corpos Infantis: Estudo sobre o TDAH e as Representações Sociais"³³ de diferentes profissionais acerca do suposto transtorno e da medicalização" - expandiu essa investigação ao explorar as representações sociais de profissionais da saúde e da educação sobre o TDAH e a medicalização associada a ele. Embora seu foco não fosse diretamente na APS, suas análises forneceram uma perspectiva complementar sobre os efeitos dos discursos médicos na compreensão e tratamento de questões de saúde.

Sua tese destacou que o controle dos corpos e a docilização das crianças ocorreu através da atribuição de diagnósticos de TDAH e da subsequente medicalização. Esse fenômeno evidenciou o poder disciplinador do discurso médico, que muitas vezes negligenciou outros aspectos importantes na formação e desenvolvimento infantil, tornando-se uma resposta padrão para comportamentos considerados desviantes. Recortei um trecho significativo da pesquisa de Cordeiro que mostrou a prevalência da medicalização nas representações sociais de diferentes profissionais da saúde e da educação sobre o TDAH. Isso demonstrou como os discursos médicos moldaram a percepção e abordagem desse transtorno, influenciando diretamente as práticas de saúde e educação:

³³ As Representações Sociais, segundo Serge Moscovici e exploradas por Cordeiro (2019, p. 118-127), constituem um sistema de conhecimentos socialmente elaborado e partilhado, com um objeto prático, que contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Distinguindo-se das representações coletivas de Durkheim e do conhecimento científico, as Representações Sociais são "teorias" ou "ciências coletivas" *sui generis* que permitem interpretar e formar o real. Elas são construídas através de processos como a ancoragem (que transforma o desconhecido em algo familiar por meio de associações) e a objetivação (que concretiza noções abstratas em imagens), moldando percepções, comportamentos e interações em um dado contexto social e cultural.

Há uma objetivação do tratamento de TDAH na medicação, independentemente se o sujeito é a favor ou contra seu uso, mas sempre que se fala em tratamento para TDAH a primeira imagem que vem à mente desses profissionais é o medicamento. Isso pode ser visto nas falas das que responderam com base no atendimento multidisciplinar... ..mas, mesmo assim, mencionaram o medicamento. De todos os aspectos relacionados ao suposto TDAH que são disseminados pelos discursos médicos organicistas, a medicalização mostra-se forte nas representações sociais de diferentes profissionais da área da Saúde e da Educação, pois como identificamos, ainda que o sujeito seja visto como tendo inabilidade de concentração e de comportamento, as formas de tratamento se voltam para o uso de medicamentos (Cordeiro, 2019, p. 185).

Assim sendo, o estudo de Cordeiro destacou um ciclo de patologização das dificuldades escolares³⁴, impulsionado pela indústria farmacêutica e pela mídia, como um efeito do discurso médico. Essa cultura da medicalização influencia diretamente a abordagem de questões de saúde na sociedade, muitas vezes negligenciando causas sociais e emocionais subjacentes ao comportamento infantil, situação também vivenciada nas minhas atividades laborativas. Outrossim, por intermédio da tese em questão, ressaltai como os(as) médicos(as) tenderam a normatizar os discursos de outras áreas, reduzindo a complexidade dos seres humanos a aspectos puramente orgânicos, perpetuando assim o biopoder. Embora não se concentre explicitamente nos efeitos discursivos na Educação em Saúde da APS, essa tese forneceu base teórica sólida para compreender como os discursos médicos influenciam as práticas de educação em saúde.

Além disso, a tese de doutoramento de Robson Borges Maia, intitulada "Representações Sociais de Professores Universitários sobre o Aprimoramento Cognitivo Farmacológico", trouxe à tona uma série de reflexões relevantes que puderam ser correlacionadas com os Efeitos discursivos na Educação em Saúde da APS, mesmo que o autor não tenha direcionado seus estudos especificamente para essa área.

Em primeiro lugar, destaco que Maia analisou o uso crescente de medicamentos com a finalidade de aprimoramento cognitivo³⁵, evidenciando a influência do discurso médico nesse fenômeno. A publicação em uma renomada revista científica de um artigo defendendo essa prática em 2008 ilustra como o poder médico³⁶ pode moldar percepções e comportamentos em

³⁴ O "ciclo de patologização" descreve um processo no qual comportamentos ou dificuldades, que poderiam ser compreendidos em contextos sociais, pedagógicos ou emocionais, são progressivamente interpretados e tratados como doenças ou transtornos médicos, muitas vezes levando à medicalização.

³⁵ O "aprimoramento cognitivo farmacológico" refere-se ao uso de substâncias medicamentosas por indivíduos saudáveis com o objetivo de melhorar funções cognitivas como memória, atenção e concentração, sem a presença de um diagnóstico de transtorno.

³⁶ A autoridade epistêmica atribuída a periódicos científicos de alto impacto, especialmente no campo da medicina, é um fenômeno que reflete e reforça o poder embasado no saber, conceito explorado por Avancini (2019). A publicação de artigos em tais veículos não apenas dissemina informações, mas também legitima e normaliza práticas, influenciando profundamente as percepções e condutas de profissionais e da sociedade em geral, inclusive no ambiente acadêmico e na prática clínica.

diferentes contextos, inclusive dentro do ambiente acadêmico. Isso impactou-me profundamente, dada a costumeira valorização desses periódicos no meio acadêmico, como o médico. Além disso, o pesquisador discutiu a visão da população em relação aos medicamentos, que muitas vezes é positiva, apesar dos potenciais efeitos adversos e riscos de dependência. Essa percepção resultou de um discurso que valoriza o sucesso a qualquer custo (como passar no vestibular) e contribui para a medicalização da vida cotidiana, incluindo a educação. Reconheço que essa dinâmica ocorre na minha rotina de trabalho também, onde a pressão por resultados imediatos muitas vezes leva à priorização de soluções médicas para problemas que poderiam ser abordados de outras maneiras.

Outro ponto relevante abordado é a psiquiatrização da normalidade³⁷, ou seja, a tendência de patologizar comportamentos considerados normais, o que pode ter implicações éticas e sociais significativas. Isso fez-me refletir sobre a influência do discurso médico na construção de um novo paradigma social, que pode acentuar desigualdades e até mesmo provocar formas de eugenia. Ao analisar esses aspectos à luz da Teoria das Representações Sociais, assim como fez Cordeiro (2019) em seu estudo sobre o TDAH, também pude perceber como o discurso biomédico influencia não apenas a saúde, mas também outras áreas da sociedade, como a educação. Notei, junto com o autor, que professores universitários, ao internalizarem esses discursos, acabam reproduzindo práticas e concepções que perpetuam a medicalização e a busca por soluções farmacológicas para questões complexas relacionadas ao aprendizado e ao desenvolvimento cognitivo.

Portanto, mesmo que Maia não tenha focado explicitamente na Educação em Saúde da APS, suas considerações foram importantes para que eu compreendesse como o efeito discursivo biomédico pode se manifestar em diferentes contextos sociais, incluindo os espaços universitários, e sua relação com o aprimoramento cognitivo.

Ao analisar o trabalho de Rosimara Moraes Bonfim (2022), intitulado "O Corpo como Território: Percepções de Amputados de Membros Inferiores", observei como as percepções das pessoas com diabetes mellitus que passaram por amputações nos membros inferiores se relacionam diretamente com os Efeitos Discursivos na Educação em Saúde da APS. O estudo conduziu-me a uma reflexão profunda sobre como os discursos médicos e sociais moldam a forma como esses sujeitos percebem e lidam com seus corpos adoentados, e como essas

³⁷ A psiquiatrização da normalidade refere-se ao processo pelo qual comportamentos e experiências que antes eram considerados variações dentro do espectro da normalidade humana são reclassificados como transtornos psiquiátricos. Este fenômeno, intrinsecamente ligado à medicalização do sofrimento, levanta questões éticas sobre a expansão dos limites da patologia e a forma como a medicina pode atuar como um agente de controle social, estabelecendo novos padrões de conduta e desempenho.

percepções influenciam suas interações com os profissionais de saúde e seu engajamento em práticas educativas em saúde.

A autora utilizou a análise do corpo como território e como a amputação interfere nesse sentido, já que retira capacidades do ser ou suas técnicas corporais sujeitando-o a outro papel, segundo as concepções de Mauss³⁸. Foi revelador, pois nesse sentido, a amputação de membros inferiores em decorrência do diabetes mellitus é uma experiência que altera drasticamente a vida do(a) usuário(a), não apenas em termos físicos, mas também emocionais, sociais e psicológicos. A partir dessas percepções, compreendi como a interação entre o corpo e o território é afetada, visto que a amputação não apenas retira capacidades físicas, mas também impacta a identidade e o lugar do(a) usuário(a) na sociedade. Essa perda de independência e a adaptação a uma nova condição física geram uma sensação de deslocamento e reconfiguração do próprio corpo como território.

Conjuntamente, demonstrou-me que a religiosidade surge como uma importante fonte de apoio para essas pessoas, fornecendo significado e esperança em meio às dificuldades enfrentadas. No entanto, ao mesmo tempo em que a religiosidade pode oferecer suporte emocional, as restrições impostas pelo tratamento, como as regras dietéticas e medicamentosas, geram uma sensação de dependência e limitação nas atividades diárias. A dieta, fundamental para o controle do diabetes, é percebida como um desafio constante e uma lembrança física permanente da doença, moldando não apenas os hábitos alimentares, mas também as interações sociais e o funcionamento corporal. Essa ideia também foi essencial para ampliar meu entendimento sobre as dificuldades enfrentadas pelos(as) usuários(as) na minha prática na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A relação com os(as) profissionais de saúde é percebida de maneira positiva, embora haja uma ambiguidade nas orientações recebidas, às vezes vistas como imposições sobre nutrição e cuidados com o corpo e medicamentos. Ressalto outrossim que é importante ter uma comunicação eficaz e do acolhimento no sistema de saúde, onde os(as) profissionais precisam compreender as necessidades específicas dos(as) usuários(as) e fornecer orientações claras e personalizadas.

³⁸ Conforme Mauss (1934), as técnicas do corpo são os modos pelos quais os indivíduos utilizam seus corpos de maneira tradicional, variando culturalmente e sendo aprendidas por meio da educação. A amputação, nesse sentido, representa uma alteração profunda nessas "técnicas corporais" ou *habitus*, impactando a identidade e o papel do indivíduo na sociedade ao retirar capacidades e reconfigurar o corpo como seu primeiro instrumento e território. Para mais informações, ver: HAIBARA, Alice; SANTOS, Valéria Oliveira. "As técnicas do corpo". In: Enciclopédia de Antropologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia, 2016. Disponível em: <https://ea.fflch.usp.br/obra/tecnicas-do-corpo>.

Diante dessas percepções, as pessoas com amputações de membros inferiores enfrentam uma série de desafios e dificuldades, mas também demonstram resiliência e capacidade de adaptação. Suas experiências ofereceram-me ponderações interessantes para as práticas educativas em saúde na APS, destacando a importância de uma abordagem sensível e culturalmente relevante que leve em consideração não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e sociais deles. Considero que compreender as percepções dos(as) usuários(as) sobre seus corpos adoentados e suas reações a essas dificuldades é fundamental para o aprimoramento do atendimento de saúde.

Enfim, os estudos analisados ressaltaram a influência significativa dos discursos médicos na percepção, abordagem e prática da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), enfatizando a importância de uma análise crítica desses discursos para promover o bem-estar dos(as) usuários(as) atendidos na APS. Nesse sentido, teorizei que, ao reconhecer a conexão dos discursos médicos com o exercício do poder, surgiu a necessidade de questionar como tais abordagens podem moldar as relações clínicas e a experiência das pessoas.

A citação de Lanthenas³⁹, em "O Nascimento da Clínica" (1977), descreve a medicina como "o conhecimento do homem natural e social", oferecendo-me uma visão provocativa sobre o papel e a influência da medicina na sociedade. Além de seu papel tradicional de tratamento de doenças e cura, a medicina é apresentada como uma disciplina que busca compreender não apenas o corpo doente, mas também o homem saudável e as dinâmicas sociais que o envolvem. Essa abordagem ampla sugeriu-me uma concepção de medicina que não se restringe apenas à esfera individual, mas também se estende ao domínio social, moldando não apenas a saúde dos indivíduos, mas também as estruturas e relações da sociedade como um todo. A minha visão ressoa com as ideias de Michel Foucault sobre biopolítica, que examina como o poder e o controle são exercidos sobre a vida humana em níveis populacionais e individuais (p. 39).

Essa noção, que abrange o controle e a regulamentação dos corpos pela medicina e pelas instituições de saúde, emergiu como um elemento central na compreensão das relações entre os discursos médicos e as práticas de saúde. Destaco a importância de uma abordagem crítica para compreender como esses discursos podem influenciar a domesticação dos corpos e a hegemonia do saber médico na sociedade.

³⁹ Segundo Foucault, Lanthenas, era membro da Gironda (grupo político moderado e influente da época) e foi colocado em junho de 1793 na Lista dos Proscritos (isto é, considerado um inimigo do Estado), mas depois teve o seu nome retirado.

Apesar das contribuições positivas dos discursos médicos para a sociedade, considero fundamental adotar uma postura crítica para entender seus efeitos nas práticas de saúde. Ao refletir de maneira crítica, pude conduzir à identificação e ao desenvolvimento de novas abordagens educacionais em saúde na APS, na tentativa de buscar maior inclusão, sensibilidade cultural e centralidade na pessoa.

2.1.4 Síntese das Categorias: Compreendendo o Campo de Estudo

Ao revisar os estudos selecionados neste capítulo, percebi uma intrincada relação entre autoridade médica e subjetividade, que permeou desde a formação médica até a prática clínica e intervenções em áreas como educação e saúde mental infantil. Os achados demonstraram que a medicina influenciou na definição do que é considerado normal e patológico, elevando a medicalização num processo biopolítico que alimentou relações de poder desiguais na sociedade contemporânea. No entanto, reconheço que a autoridade médica e a medicalização auxiliaram na construção social, embora algumas faces de sua aplicação possam ser prejudiciais a alguns envolvidos, revelando complexas relações de poder e as diferentes formas de resistência que surgiram dentro dessas práticas.

No escopo deste estudo, investiguei as interações entre profissionais médicos(as) e usuários(as), evidenciando dinâmicas de poder e saber presentes nos encontros clínicos. Destaquei a influência do conhecimento técnico dos(as) profissionais de saúde na tomada de decisões e no manejo da saúde dos(as) usuários(as), bem como a vulnerabilidade desses(as) diante das normas e expectativas impostas pelo sistema de saúde. Além disso, discuti sobre as diferentes abordagens educativas utilizadas na promoção da saúde, ressaltando a importância de uma reflexão crítica sobre o saber e seu impacto nas relações de cuidado e autonomia do(a) usuário(a).

A análise dos efeitos discursivos na Educação em Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) revelou como os discursos médicos moldaram a compreensão e abordagem de questões de saúde na sociedade. A partir de estudos sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), amputações de membros inferiores devido ao diabetes mellitus e a medicalização na educação, evidenciei como os discursos biomédicos influenciaram não apenas as práticas de saúde, mas também as percepções e práticas educativas. Ressalto, com essa análise, a importância de uma abordagem crítica para entender como esses discursos moldam as relações clínicas e promovem uma educação em saúde mais inclusiva, sensível à diversidade cultural e centrada na pessoa.

Apesar das contribuições positivas dos discursos médicos para a sociedade, considero fundamental adotar uma postura crítica para entender seus efeitos nas práticas de saúde. Essa reflexão crítica pode conduzir à identificação e ao desenvolvimento de novas abordagens educacionais em saúde na APS, buscando maior inclusão, sensibilidade cultural e centralidade na pessoa.

Compreendido o panorama do campo de pesquisa a partir dessas categorias, torna-se essencial aprofundar a discussão, na próxima parte, sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Tais áreas são pilares fundamentais para a formação e atuação do profissional médico, bem como para a dinâmica das relações de saber-poder no contexto da saúde brasileira, aspectos que serão explorados na próxima subseção.

2.2 Atenção Primária à Saúde (APS) e Medicina de Família e Comunidade

Na minha perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Medicina de Família e Comunidade desempenharam papéis importantes na estruturação e eficácia dos sistemas de saúde, tanto globalmente quanto no contexto brasileiro⁴⁰. Desde as diretrizes estabelecidas pela Declaração de Alma-Ata até as políticas e práticas mais recentes, acredito que essas áreas foram centrais na promoção da saúde e na garantia do acesso universal aos serviços de saúde.

Embora a Declaração de Alma-Ata (1978) seja amplamente reconhecida como o marco fundacional da APS, as ideias que sustentam esse modelo começaram a ser articuladas muito antes. O Relatório Dawson (1920), encomendado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, apresentou um plano pioneiro para reorganizar os serviços médicos e criar uma estrutura baseada em centros de saúde primária, secundária e terciária. Esses centros deveriam ser próximos às comunidades, priorizando o papel do clínico geral como ponto de contato inicial para atender a maioria das necessidades de saúde e encaminhar casos mais complexos a serviços especializados.

Apesar de não ter sido implementado na época, o relatório forneceu as bases teóricas para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (National Health Service), criado em 1948. Sua visão antecipou características essenciais da APS moderna, como a integração entre

⁴⁰ A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na estruturação de sistemas de saúde eficazes é um tema amplamente debatido na literatura. Autores como Starfield (2002) e Mendes (2012) destacam a APS como o principal pilar para a organização dos sistemas de saúde, conferindo-lhe a capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, além de ser custo-efetiva. A MFC, por sua vez, é a especialidade médica que operacionaliza os princípios da APS no cuidado direto aos indivíduos, famílias e comunidades, conferindo-lhe um caráter longitudinal e integral.

prevenção e tratamento, o fortalecimento do vínculo com a comunidade e a centralidade do cuidado primário como estratégia para organizar sistemas de saúde eficazes e equitativos (DAWSON OF PENN, 1920).

Para mim, o pensamento expresso no Relatório Dawson é notável ao prever um modelo de saúde que ainda hoje orienta a teoria e a prática da APS, reforçando a necessidade de sistemas que integrem cuidados abrangentes, acessíveis e próximos das famílias. Nesse sentido, vejo o relatório como um precursor da APS, contribuindo para a formulação de políticas como as do NHS e influenciando debates sobre saúde pública ao longo do século XX⁴¹.

Já a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, acredito, reafirma a saúde como um direito humano essencial, definindo-a como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (Alma-Ata, 1978). Reconheço nesse documento uma visão abrangente da saúde, que envolve tanto a participação ativa da comunidade quanto a integração de serviços acessíveis e socialmente adequados⁴².

Ao revisitar o texto, notei que ele menciona a educação em saúde como parte das estratégias para fortalecer a atenção primária. Percebo que essa abordagem busca apoiar as pessoas e comunidades no reconhecimento de suas necessidades de saúde, sem se limitar a intervenções médicas. Contudo, para mim, o ponto central da declaração está em destacar a atenção primária como base de um sistema de saúde equitativo, orientado para atender as populações de forma abrangente e integrada, promovendo saúde e bem-estar para todos.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS, 2024), entidade associada à Organização Mundial da Saúde, percebo que a Atenção Primária à Saúde (APS) continua a desempenhar um papel importante na construção de um sistema de saúde equitativo, com o objetivo de garantir o direito universal à saúde⁴³. A APS, concentrada no cuidado

⁴¹ O Relatório Dawson (1920) é considerado um documento seminal na história da saúde pública britânica e, por extensão, global. Sua proposição de centros de saúde primários, secundários e terciários antecipou a lógica de redes de atenção à saúde. A relevância desse relatório para o desenvolvimento do National Health Service (NHS) e, por consequência, para a disseminação dos princípios da APS é amplamente reconhecida na literatura.

⁴² A Declaração de Alma-Ata (1978) inovou ao não se limitar à dimensão biomédica da saúde. Seu conceito ampliado de saúde e a ênfase na participação comunitária refletem uma compreensão que vai além da ausência de doença, alinhando-se a abordagens como a da promoção da saúde, posteriormente desenvolvida na Carta de Ottawa (1986). A participação social é vista como um elemento crucial para a autonomia dos indivíduos e comunidades em relação à sua saúde (BRASIL, 2006).

⁴³ A OPAS/OMS tem sido uma das principais defensoras da APS no cenário global, promovendo sua implementação e fortalecimento como estratégia central para alcançar a cobertura universal de saúde e o acesso equitativo aos serviços. Sua atuação baseia-se na compreensão de que a APS, ao focar na integralidade, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, é capaz de responder de forma eficaz às necessidades de saúde da população, reduzindo iniquidades e promovendo a saúde em todas as suas dimensões. Esta perspectiva ressalta a importância contínua da APS frente aos desafios de saúde contemporâneos.

abrangente e comunitário, visa atender entre 80% e 90% das necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo. Nesse ínterim, entendo que tal sistema acaba por englobar um acesso amplo a serviços de saúde essenciais, intervindo nos determinantes de saúde e promovendo o empoderamento da população em sua totalidade.

No Brasil, com base nos preceitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, que atribuiu à saúde pública um status de relevância essencial ao considerá-la um direito de todos os seres humanos e dever do Estado, observei que foram promulgadas as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Essas leis foram fundamentais para a estruturação e funcionamento oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) no país⁴⁴. A primeira estabeleceu os princípios, diretrizes e objetivos do sistema, complementando os preceitos constitucionais e definindo as ações e serviços de saúde no Brasil. Por sua vez, a Lei nº 8.142/1990 regulamentou e legitimou a participação da comunidade na gerência do SUS, formatando também a transferência de recursos na área da saúde. Com a instituição de instâncias colegiadas como a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, em cada esfera de governo, vejo que se promoveu o envolvimento da sociedade na criação e no controle das políticas de saúde. Por fim, ambas as leis operacionalizaram e deram mais relevância ao processo democrático com relação ao sistema de saúde brasileiro, garantindo acesso universal e integral aos serviços de saúde, conforme preconizado décadas atrás.

Segundo Barbara Starfield (2002), a APS deve ser medida por quatro atributos fundamentais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A atenção ao primeiro contato, conforme Starfield, refere-se à acessibilidade e ao uso dos serviços pelas pessoas, sendo tanto geograficamente quanto em termos de horário de funcionamento um ponto importante. A longitudinalidade, que considero importante e que aprendi com Starfield, está relacionada à continuidade do cuidado, garantindo uma relação contínua entre os(as) cidadãos(ãs) e o(a) profissional de saúde. Já a integralidade implica que as unidades de APS ofereçam uma gama de serviços que atendam às diversas necessidades de saúde da população, incluindo o encaminhamento para cuidados mais complexos, quando necessário. Finalmente, a coordenação envolve a continuidade do cuidado, com a utilização de prontuários médicos e a

⁴⁴ As Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes) e Lei nº 8.142/1990 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros), são consideradas pilares legais do SUS. Elas operacionalizaram o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, concretizando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, além de instituir a participação social e o financiamento (BRASIL, 1988). Para um panorama histórico, veja Paim et al. (2011), O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

integração entre os(as) profissionais de saúde, de modo a garantir que os problemas observados em consultas anteriores sejam monitorados e tratados adequadamente.

Esses atributos, para mim, conforme discutido por Starfield (2002), não apenas definem a estrutura da Atenção Primária, mas também garantem que o serviço ofereça cuidados abrangentes, eficazes e contínuos. A acessibilidade e o uso constante do serviço de saúde, mencionados no conceito de atenção ao primeiro contato, são fundamentais para que os(as) usuários(as) se envolvam ativamente na busca por atendimento. A longitudinalidade é um fator chave para estabelecer uma relação contínua entre a população e o(a) profissional de saúde, o que contribui para melhores resultados clínicos a longo prazo. Em relação à integralidade, vejo que, como afirmado pela pesquisadora, a APS deve cobrir desde serviços preventivos até tratamentos mais complexos, funcionando como o ponto de entrada do sistema de saúde. A coordenação, dentro do sistema de APS, é facilitada por uma comunicação eficiente entre os(as) profissionais e pela utilização de prontuários médicos, criando uma rede de cuidados coesa e eficiente. Para mim, esses atributos são determinantes para a formação de um sistema de saúde equitativo e acessível, com foco na saúde comunitária e na promoção do bem-estar geral da população.

Também através de Starfield (2002), percebo que o sistema de saúde deve ter como metas a otimização da saúde da população e a minimização das disparidades. Nesse preceito, entendo que a atenção primária, centrada nas pessoas e nos valores de equidade, torna-se fundamental para alcançar tais objetivos. No entanto, penso que uma forma de atendimento que visa apenas a especialização termina por fragmentar os serviços, ameaçando a equidade, pois a saúde é influenciada por uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais, sociais e comportamentais. Nesse sentido, noto que os países com grandes desigualdades sociais tendem a apresentar disparidades maiores nesse âmbito. Por fim, acredito que os serviços orientados para a atenção primária influenciam na melhoria da saúde e na redução das desigualdades, abordando não apenas as doenças individuais, mas também os complexos determinantes sociais e ambientais da saúde.

Então, constato que o Ministério da Saúde, em consonância com as diretrizes da Constituição Federal e das Leis Orgânicas do SUS, promulgou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436 de setembro de 2017. Essa política, direcionada a fortalecer a Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu as diretrizes para aprimorá-la, transformando-a em Atenção Básica (AB). Fundamentou-se nos princípios como universalidade, equidade e integralidade, que a AB engloba, oferecendo ações individuais, familiares e coletivas, bem como serviços de promoção,

prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde. Como principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), vejo que a APS busca coordenar o cuidado, assegurando acesso integral e gratuito a todas as pessoas, sem discriminação. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família é destacada como essencial, e todas as unidades de saúde que oferecem a APS são reconhecidas como Unidades Básicas de Saúde (UBS), propiciando um ambiente propício para educação, formação, pesquisa e inovação em Saúde.

Também na PNAB de 2017, no anexo intitulado "Operacionalização", observei que a Equipe de Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia prioritária de atenção à saúde no Brasil, alinhada aos princípios do SUS. Seu propósito foi promover a reorganização da APS brasileira, expandindo, qualificando e consolidando os serviços de saúde. Composta por profissionais como médico(a) de família, enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, agente comunitário de saúde, e, opcionalmente, o(a) agente de combate às endemias e profissionais de saúde bucal, percebo que a ESF busca alcançar ampla resolutividade, impactando positivamente na saúde das pessoas e comunidades⁴⁵.

Noutro enfoque, conforme a definição da Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar da Organização Mundial dos Médicos de Família, ou World Organization of Family Doctors (WONCA), noto que o perfil do(a) Médico(a) de Família e Comunidade deve abranger a compreensão da enfermidade como uma parte importante do processo humano, considerando diversas dimensões relacionais, ambientais e espirituais⁴⁶. Além disso, acredito que o(a) médico(a) deve reconhecer a singularidade de cada pessoa em seu contexto de vida, demandando autoconhecimento, habilidades de gestão emocional e valorização dos aspectos culturais. Não apenas atender às demandas assistenciais em todas as fases da vida, mas também facilitar o acesso aos sistemas de saúde, gerenciar recursos, promovendo abordagens interculturais e instruindo equipes de saúde. A relação interpessoal e a educação são elementos

⁴⁵ A composição multiprofissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) é um dos pilares de sua resolutividade, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa estrutura permite uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, considerando as diversas dimensões do indivíduo e da comunidade. A integração de diferentes saberes e práticas contribui para a identificação precoce de problemas, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o manejo de condições crônicas, resultando em um cuidado mais abrangente e efetivo. A presença do(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS), em particular, é fundamental para o vínculo entre a equipe e a comunidade, facilitando a compreensão das necessidades locais e a adesão às intervenções propostas.

⁴⁶ A WONCA (World Organization of Family Doctors) desempenha um papel crucial na definição e promoção da Medicina de Família e Comunidade em âmbito global. A ênfase no caráter holístico e contextualizado do cuidado, que transcende a dimensão puramente biológica da doença, alinha-se com a visão biopsicossocial do processo saúde-doença. Essa perspectiva, que incorpora aspectos relacionais, ambientais e espirituais, é fundamental para uma prática médica verdadeiramente centrada na pessoa, e não apenas na patologia. Esta abordagem se contrapõe a uma visão reducionista, frequentemente criticada por autores como George L. Engel (1977), que propôs o modelo biopsicossocial em contraste ao modelo biomédico tradicional, enfatizando a interconexão entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais na saúde e na doença.

basilares no desempenho do(a) Médico(a) de Família e Comunidade, construindo um papel fundamental na atenção primária à saúde e na promoção do bem-estar das comunidades (Arias-Castillo et al., 2010).

Na minha perspectiva, a Medicina de Família e Comunidade (MFC), conforme descrito por Lopes e Dias (2019, p. 96-100), se destaca como uma especialidade médica que oferece assistência à saúde de forma contínua, integral e abrangente às pessoas, suas famílias e comunidades. Como médico dessa especialidade, atuei principalmente no nível primário de atenção à saúde, assumindo a responsabilidade pelo cuidado ao longo do tempo e coordenando as necessidades de saúde dos(as) usuários(as) que me procuraram. Minha prática foi fundamentada em valores e princípios que orientam uma abordagem humanizada e centrada no(a) usuário(a).

Entendo que os princípios da MFC incluem o cuidado de primeiro contato, a continuidade, a integralidade e a personalização do atendimento, distinguindo essa especialidade das demais e ressaltando sua importância na promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, compartilhei conhecimentos com outras especialidades médicas, adaptando e integrando esses conhecimentos na minha prática clínica para oferecer uma assistência resolutiva e de qualidade. Como disciplina, acredito que a MFC possui seu próprio conjunto de conhecimentos e tecnologias essenciais para sua atuação, contribuindo para aprimorar os cuidados primários à saúde e influenciando positivamente outros níveis do sistema de saúde.

Merhy (1998) ressaltou a relevância do(a) médico(a) de Saúde da Família na transformação do modelo de atenção à saúde, destacando-nos como figuras fundamentais na promoção de uma abordagem mais humanizada e centrada no(a) usuário(a). Ao me comprometer com a defesa radical da vida individual e coletiva, desempenhei um papel essencial nesse processo. Atuei de forma multiprofissional e interdisciplinar, advogando pela integração de tecnologias tanto duras quanto leves para garantir uma assistência mais resolutiva. Sinto que, ao adotar essa postura, emergimos como poderosos agentes de mudança, capazes de auxiliar na implementação do modelo assistencial e na promoção da melhoria da qualidade de vida das(os) usuárias(os)⁴⁷.

⁴⁷ Em sua obra, Merhy (1998) introduziu o conceito de "tecnologias em saúde", classificando-as em duras (equipamentos, máquinas), leve-duras (saberes estruturados, como a clínica médica) e leves (relações, vínculo, escuta). A ênfase do autor na tecnologia leve como central para a produção do cuidado em saúde, especialmente na Atenção Primária, ressalta o papel do vínculo e da subjetividade na prática profissional. Essa perspectiva reforça a importância da Medicina de Família e Comunidade na construção de uma clínica ampliada e do cuidado centrado na pessoa.

Coaduno com Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007), que acreditaram no papel do(a) médico(a) de família e comunidade na relação médico-paciente e na educação em saúde como importante para uma prática médica humanizada e eficaz⁴⁸. Na relação médico(a)-usuário(a), o(a) médico(a) de família e comunidade, procuraram estabelecer vínculos de confiança e promover uma comunicação mais empática - isso facilita a compreensão da pessoa sobre sua saúde e promove uma maior participação ativa no cuidado. Na educação em saúde, devemos atuar na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção de doenças, capacitando os(as) usuários(as) a cuidarem melhor de sua saúde e contribuindo para a redução da incidência de doenças na comunidade. Esses aspectos foram essenciais para uma prática médica centrada no(a) usuário(a) e para a formação de futuros(as) médicos(as) com uma visão holística da medicina, enfatizando a importância da atenção primária à saúde e da abordagem comunitária.

Em suma, no meu entender, a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade transcendem fronteiras e se mostram como pilares fundamentais na construção de sistemas de saúde mais equitativos e centrados no bem-estar das pessoas. Através da APS, busquei garantir o acesso universal a serviços de saúde essenciais, intervindo nos determinantes sociais e promovendo a participação ativa da população em sua própria saúde. No contexto brasileiro, considero as leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) marcos significativos nessa trajetória, fortalecendo a atuação deste tipo de atenção em saúde e consolidando-a como a principal porta de entrada para o sistema de saúde. Além disso, embasada em valores de integralidade e personalização do cuidado, a Medicina de Família e Comunidade influenciou na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de contribuir para uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa.

2.3 Michel Foucault e Análise do Discurso

2.3.1 Formação Discursiva e Historicidade do Conhecimento

Na análise de discurso, adotei a perspectiva de Michel Foucault, que, em sua obra *A Arqueologia do Saber* (2008b), propôs uma abordagem para entender como o conhecimento é

⁴⁸ A ênfase na relação médico-paciente e na educação em saúde como pilares da prática do médico de família e comunidade é um reconhecimento da importância da comunicação, do vínculo e da autonomia do usuário no processo de cuidado. A construção de uma relação de confiança mútua e a promoção da literacia em saúde empoderam o indivíduo a tomar decisões informadas sobre sua saúde, fomentando a corresponsabilidade no cuidado. Essa abordagem está alinhada com os princípios da pedagogia libertadora de Paulo Freire, que preconiza o diálogo e a problematização como ferramentas para a construção coletiva do conhecimento e a transformação social.

produzido e disseminado. Em vez de focar apenas no conteúdo dos discursos, Foucault sugeriu que examinasse as regras que governam a sua produção e circulação dentro de um contexto histórico-social específico. Ao aplicar a noção de formação discursiva, compreendi que os discursos não são apenas expressões individuais, mas resultados de práticas sociais e políticas que determinam o que pode ser dito, quem tem o direito de dizer e em que condições⁴⁹. Essa perspectiva me permitiu perceber como as formas de saber se tornam dominantes, enquanto outras são silenciadas, refletindo relações de poder enraizadas na sociedade. O conceito de historicidade⁵⁰, apontado por Foucault, revelou que o conhecimento e os discursos não são eternos, mas evoluem com o tempo, desafiando a ideia de verdades universais e objetivas. Como aponta Iñiguez (2004), isso me levou a questionar o que, em determinado momento histórico, foi considerado verdadeiro e por que outras formas de saber foram marginalizadas.

A reflexão sobre o conhecimento e as suas formas de circulação me permitiu ir além da análise superficial dos discursos, buscando entender as condições que possibilitam sua produção e legitimação. Ao utilizar a análise arqueológica do saber, percebi que o conhecimento é historicamente condicionado, sendo constantemente contestado e transformado. Por meio dessa abordagem, fui levado(a) a questionar as práticas discursivas que sustentam determinadas formas de poder, especialmente no campo da saúde, onde os discursos médicos e normativos se entrelaçam com as estruturas de poder que governam os corpos e as populações. Em consonância com as ideias de Foucault e de outros estudiosos, como Veiga-Neto (2007), entendi que o poder não se exerce apenas de forma repressiva, mas também por meio de estratégias de regulação e controle, que são essenciais para entender as dinâmicas entre os discursos médicos e as práticas educacionais em saúde⁵¹. Esse processo de problematização me proporcionou uma

⁴⁹ A formação discursiva, um conceito central em Foucault, vai além do que simplesmente falamos ou escrevemos. Ela representa um conjunto de regras históricas e anônimas que determinam o que pode ser dito, pensado e compreendido em uma dada época e área do conhecimento. Não se trata de uma mentalidade coletiva ou de uma ideologia imposta, mas sim de um sistema que organiza e dispersa os discursos, permitindo que certos objetos, conceitos, teorias e formas de expressão surjam e sejam reconhecidos. Essa formação atua como um diagrama invisível que guia a construção do saber e do poder, moldando o que é considerado verdadeiro e inteligível em um determinado contexto. É como se, em vez de uma lei rígida que é aplicada, houvesse um padrão que é seguido, desenhando o que pode ser dito e como.

⁵⁰ Foucault, em sua metodologia da arqueologia, não busca uma história linear das ideias, mas sim a compreensão das condições históricas e anônimas que tornam possíveis a emergência e a configuração dos saberes em uma dada época. Como explica Revel (2005), essa abordagem revela a contingência e a arbitrariedade das verdades estabelecidas, questionando sua suposta universalidade e naturalidade. Para Foucault, a arqueologia é uma ferramenta para analisar como os discursos de saber se articulam com o poder e como essa articulação é inteiramente histórica, com data de nascimento e, conseqüentemente, a possibilidade de desaparecimento. Revel (2005) também destaca que o abandono do termo "arqueologia" em favor de "genealogia" por Foucault indica uma mudança para uma análise mais voltada para o presente, buscando compreender as determinações históricas de nosso próprio regime de discurso.

⁵¹ A concepção do poder como não apenas repressivo é um dos pilares da teoria foucaultiana. Em "Vigiar e Punir" (FOUCAULT, 1999), por exemplo, Foucault demonstra como o poder opera de forma

nova lente para analisar as relações de saber/poder, evidenciando como os discursos médicos moldam as práticas de saúde e, conseqüentemente, as interações entre profissionais e usuários.

2.3.2 Poder, Biopoder e Biopolítica na Análise do Discurso

Michel Foucault apresentou o conceito de biopoder ao descrever a transição do poder soberano, baseado na capacidade de matar, para um novo tipo de poder focado na administração da vida⁵². Em vez de a soberania exercer controle através da morte, o biopoder caracterizou-se pela gestão da vida humana, regulando a saúde, a reprodução, a natalidade e outras condições biológicas. Este poder manifestou-se não mais através da ameaça de morte, mas por mecanismos normativos e regulatórios, onde o corpo humano passou a ser um campo de ação e intervenção do poder. O biopoder, portanto, atuou para preservar, melhorar e otimizar a vida, em uma tentativa de ajustar e normalizar as populações em um contínuo de controle que visou a maximização da produtividade e o controle das condições de vida (FOUCAULT, 1988, p. 125-136).

Essa transformação do poder soberano para o biopoder foi seguida pelo surgimento do conceito de biopolítica, que implicou um novo tipo de intervenção estatal⁵³. A biopolítica referiu-se às estratégias políticas que envolveram a gestão e regulação das populações humanas através de técnicas de poder que abrangeram desde o controle da saúde até as condições sociais e ambientais. Foucault argumentou que a biopolítica transformou a vida em um objeto de intervenção e cálculo, inserindo o biológico diretamente no domínio político. Ao invés de se focar na morte como no passado, o biopoder tentou modificar as condições de vida, influenciando a saúde, a educação, o comportamento e as relações sociais. Assim, a biopolítica

produtiva, constituindo corpos dóceis e subjetividades disciplinadas, por meio de mecanismos de vigilância, normalização e exame. Essa visão contrasta com as teorias clássicas do poder, que o concebem predominantemente como soberania e proibição. A regulação e o controle, nesse sentido, são faces capilares do poder que permeiam as instituições e as relações sociais, sendo particularmente relevantes na saúde e na educação, onde atuam na moldagem de comportamentos e saberes.

⁵² O conceito de biopoder emerge na obra de Foucault, notadamente em "História da Sexualidade I: A Vontade de Saber" (FOUCAULT, 1988). Essa transição do poder de "fazer morrer e deixar viver" (poder soberano) para o poder de "fazer viver e deixar morrer" (biopoder) representa uma mudança fundamental nas técnicas de poder. O biopoder se manifesta em dois eixos principais: a anatomopolítica do corpo, que disciplina o corpo individual (e.g., através de hospitais, escolas, prisões), e a biopolítica das populações, que gerencia a vida da espécie (e.g., através de taxas de natalidade, mortalidade, morbidade). Essa dupla face do biopoder, conforme Lemke (2011, p. 47-48) explora, reflete a centralidade da vida biológica como objeto e alvo das estratégias políticas modernas.

⁵³ Foucault introduz a biopolítica como a racionalidade de governo que busca otimizar a vida das populações, diferenciando-a do biopoder, que seria a tecnologia de poder utilizada para esse fim. O biopoder é o mecanismo, enquanto a biopolítica é a estratégia que o emprega. Para Foucault, a biopolítica foca na gestão e controle das condições de vida das populações, visando maximizar sua utilidade e produtividade.

incorporou uma rede de intervenções que visaram a gestão e a otimização do corpo coletivo, promovendo o bem-estar de modo regulado e normativo, mas também criando espaços para a resistência (FOUCAULT, 1988, p. 125-136).

Compreender a biopolítica é fundamental para analisar sua aplicação nos campos da Educação e Saúde, que, nas sociedades modernas, tornaram-se áreas estratégicas de atuação do biopoder. Nos sistemas de saúde, o biopoder manifestou-se em políticas de saúde pública, que buscaram controlar e regular as condições de vida da população, promovendo saúde não apenas como ausência de doença, mas como uma gestão ativa do bem-estar social e individual. No campo da Educação, a biopolítica refletiu-se na promoção de normativas que influenciaram a formação de comportamentos e saberes, disciplinando os indivíduos e as comunidades para uma atuação mais produtiva e saudável. A Educação em Saúde, por exemplo, inseriu-se nesse contexto como uma prática que visou controlar os corpos e as práticas sociais em nome do bem-estar coletivo. Utilizando saberes médicos e científicos, essa área educacional buscou educar a população a seguir normas de comportamento e saúde.⁵⁴ Assim, tanto a Educação quanto a Saúde tornaram-se campos essenciais para a implementação do biopoder, onde os saberes médicos foram usados para regular as vidas das populações e fomentar uma cidadania saudável e disciplinada. A articulação entre esses campos ampliou o alcance da biopolítica, transformando a sociedade em um espaço de controle e gestão da vida cotidiana (FOUCAULT, 1988, p. 125-136).

Ao entender o biopoder e a biopolítica como estruturas que regulam a vida das populações por meio da educação e da saúde, pude analisar como esses campos se tornaram mecanismos de normalização e controle social, influenciando profundamente as práticas, comportamentos e saberes individuais e coletivos. O discurso da saúde e da educação, portanto, não apenas reflete a manutenção da ordem social, mas também constrói as subjetividades e as normas que regem a vida em sociedade.

2.3.3 A Arqueologia do Saber e a Análise Discursiva Foucaultiana

⁵⁴ Embora a Educação em Saúde possa ser lida sob a ótica do biopoder e da biopolítica como um mecanismo de normalização e controle, é fundamental reconhecer que, no campo da saúde pública e da Medicina de Família e Comunidade, ela também pode ser concebida como um espaço de autonomia, empoderamento e construção compartilhada de saberes. Paulo Freire (2018) propõe uma educação libertadora, que, ao invés de "bancária" e prescritiva, fomenta a reflexão crítica e a ação transformadora. Nesse sentido, a Educação em Saúde, quando guiada por princípios dialógicos e participativos, pode contrapor-se às lógicas de controle, promovendo a agência dos indivíduos e comunidades sobre sua própria saúde.

Recorri a Michel Foucault (2008b), em sua obra "A Arqueologia do Saber", quando ele propôs, no contexto em que escreveu a obra, formas diferenciadas de análise do discurso, desafiando as ideias tradicionais de como o conhecimento é produzido e disseminado. Foi interessante constatar que, ao invés de examinar o conteúdo dos discursos em si, Foucault concentrou-se nas regras que governam a produção e circulação deles, em determinados contextos histórico-sociais.

Atentei, dessa forma, para o fato de que o conceito de “formação discursiva” é central para fazer uma “arqueologia do saber”⁵⁵. Foucault argumentou que os discursos não são apenas expressões individuais de pensamento, mas produtos de práticas discursivas específicas que moldam o que pode ser dito e como se diz em uma determinada época e lugar. Essas formações discursivas estabeleceram os fatores de possibilidade para emergir certos tipos de conhecimento e verdade em uma sociedade. Assim, ao analisar um discurso dentro de uma formação que possibilitou certos tipos de discursos (e não outros), Foucault orientou a identificar que regras governaram a produção e funcionamento dessas expressões. Isso incluiu não apenas as normas explícitas de linguagem e retórica, mas também a atenção às condições sociais, políticas e institucionais que influenciaram a maneira como o discurso foi articulado e recebido⁵⁶.

Uma das contribuições mais importantes da arqueologia do saber para a análise de discurso foi sua ênfase na historicidade do conhecimento. Foucault demonstrou como os discursos estavam enraizados em contextos históricos específicos e como suas formas e significados mudaram ao longo do tempo. Isso alertou para a natureza contingente e contestável do conhecimento, desafiando as noções de verdade objetiva e universal.

Portanto, ao aplicar os princípios da arqueologia do saber à análise de discurso, foi possível revelar as condições de produção e circulação do conhecimento em diferentes contextos, destacando as relações de poder e as lutas pelo controle do discurso. Essa abordagem

⁵⁵ A arqueologia do saber, método proposto por Foucault em sua obra homônima (FOUCAULT, 2008b), não busca a origem ou a verdade única dos discursos, mas sim as regras e as condições de possibilidade que regem sua existência em determinado momento histórico. A formação discursiva é, nesse contexto, o campo onde se organizam os enunciados, os objetos de discurso, os conceitos, as escolhas estratégicas e as modalidades de enunciação. Diferente da hermenêutica que busca o sentido oculto, a arqueologia se atém à superfície dos enunciados, descrevendo as suas regularidades e transformações.

⁵⁶ A “identificação das regras” de Foucault não se limita à gramática ou à lógica formal. Envolve a análise das 'condições de possibilidade' do discurso, ou seja, o conjunto de elementos não-discursivos (instituições, práticas, relações sociais, economia) que tornam um discurso possível e inteligível em um dado momento histórico. Essas regras operam em um nível quase 'inconsciente', moldando o que pode ser dito, pensado e, conseqüentemente, aceito como verdade. Foucault discute isso extensivamente ao afirmar: 'Não se trata de interpretar o discurso para desvendá-lo, mas de descrevê-lo, de descrever o que ele faz e de que é feito' (Foucault, 2008b, p. 144).

crítica permitiu compreender como as ideias foram construídas, contestadas e transformadas ao longo da história, abrindo novas perspectivas para interpretar e intervir no mundo discursivo.

O trabalho de Michel Foucault, conforme interpretado por Lupicínio Iñiguez (2004), destacou a abordagem discursiva, enfatizando a concepção do discurso como mais do que simplesmente uma fala ou um conjunto de enunciados⁵⁷. Foucault propôs uma compreensão do discurso como uma prática social, que pode analisar em seu contexto de produção, o que ele definiu como formação discursiva. Segundo Iñiguez, essas formações discursivas consistiram em conjuntos de relações que regularam a produção e circulação de enunciados, determinando as condições para sua expressão em uma determinada época e comunidade.

Além disso, o autor destacou a importância atribuída por Foucault à problematização. Este foi um processo que auxiliou a questionar aquilo que é considerado evidente e inquestionável, buscando compreender como algo se constituiu como óbvio. A problematização, conforme interpretada por Iñiguez, não foi apenas um método, mas também um processo de pensamento utilizado por Foucault em suas análises sobre poder, discurso e subjetividade.

Lupicínio Iñiguez ressaltou que essa abordagem ofereceu uma maneira de orientar e influenciar a produção de conhecimento social, incluindo a Análise do Discurso (AD). Concordei plenamente com essa visão, destacando a necessidade urgente de questionar pressupostos e entender os processos pelos quais certas ideias se tornam dominantes, conforme ressaltado pelo autor em sua obra de referência (2004, p. 90-95).

Fischer (2001), conjuntamente, destacou que o referencial teórico e metodológico de Foucault contribuiu significativamente para as pesquisas em educação, já que ele enfatizou a íntima relação entre discurso e poder, demonstrando como não é apenas uma forma de comunicação, mas também uma ferramenta de exercício e manifestação de poder. Esta perspectiva permitiu-me compreender como tal ferramenta linguística é utilizada para construir e manter relações de poder dentro do campo da educação. Além disso, Foucault também se propôs a recusar explicações e interpretações simplistas, incentivando que ocorresse uma exploração da complexidade dos discursos e uma análise das práticas discursivas que os sustentam, o que consenti com bastante ênfase. A abordagem foucaultiana enfatizou a

⁵⁷ A interpretação de Iñiguez sobre Foucault resalta a dimensão performativa do discurso, indo além de uma mera representação. Para Foucault, o discurso é um “efeito de poder” e um “instrumento de poder”, um conjunto de práticas que produzem o que enunciam. Ele não é neutro, mas carrega intencionalidades e produz efeitos de verdade e subjetividade. Isso se alinha à visão de Foucault de que “o discurso não é simplesmente aquilo que manifesta (ou encobre) o desejo; é também aquilo que o objeta” (Foucault, 2008a, p. 8).

importância de analisar não apenas o conteúdo dos discursos, mas também a heterogeneidade discursiva e as estratégias presentes no campo educacional (Fischer, 2001).

No meu entender, quando abordei as reflexões de Veiga-Neto sobre a análise crítica de Foucault, tive também que destacar a importância de uma abordagem filosófica contínua em qualquer área do conhecimento, podendo-me usufruir de tal reflexividade dentro da educação, questionando as bases epistemológicas e históricas dos discursos dominantes (Veiga-Neto, 2007, pp. 23-26). Assim que analisei discursos, busquei desconstruir estereótipos, preconceitos e hierarquias de poder, promovendo uma reflexividade crítica entre profissionais e usuários(as). Contudo, minha perspectiva não buscou uma verdade absoluta, mas sim uma constante construção do saber, valorizando a diversidade de saberes e evitando a hegemonia de um tipo de conhecimento sobre outros. Em suma, a análise foucaultiana, interpretada por Veiga-Neto, trouxe-me uma abordagem desancorada, desterritorializada e crítica, que constantemente avaliou novos olhares e conceitos que puderam também ser inseridos na prática médica e na educação em saúde.

Também conforme Veiga-Neto (2007), os saberes científicos e outros tipos de conhecimento são construções humanas influenciadas por uma variedade de fatores, como contextos sociais, políticos, econômicos e culturais (p. 43-50). Isso me implicou que o que considere como verdade ou conhecimento científico pôde ser moldado por diversos interesses, como manter a produtividade, atender a agendas políticas ou satisfazer determinados grupos sociais. A análise arqueológica do discurso, presente na obra de Veiga-Neto, permitiu-me investigar como esses saberes foram fundamentados ao longo do tempo e quais foram os processos históricos que contribuíram para sua aceitação ou rejeição. Isso possibilitou-me entender não apenas o que foi considerado como verdade em determinado momento, mas também o que foi continuado e o que foi descontinuado ao longo da história.

2.4 Complexidade das Relações Médico-Usuário(a)

Na minha pesquisa, escolhi inicialmente Moacyr Scliar como referência principal. Fui profundamente impactado por uma breve fala dele para alunos do curso de Medicina de Santa Maria em 2003. A interação com esse renomado escritor e médico sanitário da Academia Brasileira de Letras reavivou meu interesse em aprender com diversas áreas do conhecimento humano, além da medicina, especialmente suas reflexões literárias sobre dor, doença e morte.

Durante sua participação na Mesa Redonda "Saúde, Cultura e Democracia", no VII Congresso Paulista de Saúde Pública em 2001, Scliar ofereceu reflexões pertinentes sobre a

relação entre médicos(as) e usuários(as), situando-a em um contexto de mercantilização da saúde. Ele distinguiu claramente entre a prática médica voltada ao mercado e os princípios fundamentais da saúde pública. Scliar argumentou eloquentemente sobre a necessidade de conciliar a medicina curativa com esses princípios, utilizando exemplos dos paradigmas bíblicos do Antigo e Novo Testamento para ilustrar suas ideias:

[...] Agora vamos para o Novo Testamento, que gira em torno a uma figura exponencial. Jesus Cristo é muitas coisas: é um líder carismático, é um pregador da moral e é também um médico milagroso. Cura numerosos doentes, ressuscita um morto, inclusive. E por quê que ele faz isso? Porque ele está correspondendo a uma expectativa das pessoas, as pessoas já tinham medo de doença, como tinham medo até então, porém Jesus não responde a essa ansiedade em relação à doença de uma maneira autoritária, ele responde com compaixão. Então, ao fazer isso, ele cria um modelo, o modelo que a civilização cristã vai desenvolver ao longo de sua história... (Scliar, 2002, p. 120)

No contexto contemporâneo, observei que a prática da medicina curativa muitas vezes foi influenciada pelos interesses do mercado e uma mentalidade consumista, impulsionada pela demanda crescente por serviços de saúde. As observações de Scliar me levaram a refletir sobre a importância de compreender essa dinâmica mercantilista que permeou a prática médica, incluindo como os meios de comunicação e os representantes da indústria farmacêutica tentaram moldar decisões e expectativas na profissão médica desde o início da minha carreira⁵⁸.

Ao imaginar a compatibilização da saúde pública com a medicina curativa no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), percebi que Scliar já evidenciava, há mais de 20 anos, os desafios e as oportunidades para promover uma relação médico-paciente mais equitativa e humanizada. Nesse sentido, ele enfatizou a importância da empatia e da compreensão das fragilidades dos indivíduos como fundamentais para superar as barreiras impostas pela lógica mercadológica e garantir um cuidado de saúde mais integral e centrado no indivíduo.

Assim como Scliar trouxe à discussão a premissa da existência de mudanças paradigmáticas nas relações com os doentes de lepra (ou hanseníase), observei que Foucault (1977) também identificou uma mudança, embora com embasamento arqueológico, na forma como os médicos lidavam com os doentes, utilizando apenas a visão como ferramenta de trabalho. Antes do Iluminismo do século XVIII, tudo o que era perceptível visualmente definia

⁵⁸ A “dinâmica mercantilista” na saúde é um fenômeno complexo e multifacetado, impulsionado pela crescente medicalização da vida e pela expansão da indústria da saúde. Autores como Ivan Illich, em “A Nêmesis da Medicina” (1975), criticaram a desumanização da medicina moderna e sua subserviência aos interesses corporativos, argumentando que a própria instituição médica se tornou uma ameaça à saúde. Mais recentemente, a influência da indústria farmacêutica e dos meios de comunicação na formação de expectativas e na promoção de tratamentos é um tema central em debates sobre a ética médica e a autonomia do paciente. Isso ressoa com a crítica de Scliar à desvirtuação da medicina para além de seu propósito de cuidado.

os diagnósticos e as relações dos profissionais com os doentes; aquilo que não podia ser visto não podia ser normatizado e, conseqüentemente, não podia ser tratado. Em minhas interações clínicas, observei a persistência desse resquício apontado pelo pensador⁵⁹.

Para Foucault, na era clássica, a visão determinou a prática médica, não a capacidade de racionalização do profissional diante do objeto⁶⁰. Também notei que Foucault destacou que os antigos hospitais não funcionavam como centros curativos, mas como locais de isolamento para doentes, visando proteger o restante da população contra epidemias. O termo "hospital" derivou do latim "hospitalis" e esteve relacionado com a ideia de hospitalidade, mas, na prática, essas instituições serviram como locais onde os doentes passaram seus momentos finais, confinados e aguardando seu fim derradeiro. Durante a Revolução Francesa, algumas ideias, entre as mais destacadas, foram as do reformador Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808)⁶¹, um médico e filósofo francês ativo politicamente. Esse personagem trouxe novas perspectivas às técnicas de anamnese, ao criticar a forma de funcionamento dos hospitais daquela época (já que era considerado um símbolo da miséria do povo francês), conferindo mais autoridade ao médico em sua relação com o paciente, ao afirmar que "era preciso preservar o povo de seus próprios erros" (Foucault, 1977, p. 45-46), formulando a necessidade do novo Estado francês de criar formas de combater o surgimento de charlatães, de colocar a prática médica em função do social, entre outras medidas. Portanto, para Foucault, várias técnicas e justificativas para a relação profissional com os(as) usuários(as) derivaram de discussões políticas, sociais e ideológicas, visando aumentar a eficácia do(a) médico(a) no combate às enfermidades. Além disso, foi importante considerar outras influências, como fatores culturais, econômicos e até mesmo pessoais, que também puderam desempenhar um papel significativo na dinâmica da

⁵⁹ Foucault, em "O Nascimento da Clínica" (1977), detalha a passagem da medicina "classificatória" para a medicina "clínica", onde a "visão" se torna central. Anteriormente, a doença era percebida em termos de "espécies" e "sinais" externos. Com a clínica, o corpo se torna um espaço observável, penetrável e, mais tarde, seccional (com a autópsia), revelando as lesões e a sede da doença. O "resquício" apontado pelo pensador na prática clínica contemporânea reflete a hegemonia do modelo biomédico, que, apesar dos avanços tecnológicos, ainda privilegia o "visível" (exames de imagem, marcadores laboratoriais) em detrimento de narrativas e experiências subjetivas dos pacientes, muitas vezes "invisíveis" a essa ótica. Esse ponto é crucial para entender a crítica de Foucault à medicalização e ao biopoder.

⁶⁰ A afirmação de Foucault aqui se refere à constituição do "olhar clínico" como uma forma específica de saber-poder. Não se trata da racionalidade pura e simples, mas de uma racionalidade forjada por uma forma particular de ver e classificar. A clínica não é apenas uma técnica, mas uma reorganização do campo de visibilidade e da estrutura do conhecimento médico, onde o olho do médico se torna um instrumento privilegiado de discernimento e de produção da verdade sobre a doença. A medicina clínica surgiu sob condições que definem sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade (Foucault, 1977, p. XIV).

⁶¹ Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808) era um médico e filósofo francês do final do séc XVIII, muito atuante politicamente. Foucault lhe demonstra grande interesse, destacando o status de "gênio" na reforma do ensino médico da época.

relação médico(a)-usuário(a). Logo, o Estado, por meio de seu poder, permitiu a utilização de técnicas, saberes ou estatísticas para melhorar a vida de seus cidadãos por meio de discussões políticas, atos legislativos, normativas, leis e decretos, e, ao mesmo tempo, alterou a maneira como os(as) médicos(as) se relacionaram com os(as) usuários(as).

Por outro lado, ao explorar a obra "O Normal e o Patológico" de Georges Canguilhem (2020), obtive uma compreensão mais ampla do saber médico e suas influências, incluindo sua repercussão na relação médico(a)-usuário(a). Nessa tese de doutorado que viria a influenciar Michel Foucault (e a mim também), Canguilhem criticou o conceito do que seria considerado "normal" em relação à doença, examinando a construção do conhecimento médico no século XIX, influenciado pelo positivismo e pelas ideias de Auguste Comte, Claude Bernard, René Lariche, dentre outros. Ele discutiu as noções fundamentais de patologia como a ciência que estudou as deformações e incongruências corporais que limitaram a existência de um ser, contrastando com a fisiologia, que tratou dos padrões de normalidade da existência.

Conforme aprofundi na tese de Canguilhem, vi que ele apontou que Auguste Comte, em meados do século XIX, comentou um trabalho do médico francês Broussais, atribuindo-lhe a frase de que "todas as doenças aceitas como tal são apenas sintomas, e que não poderiam existir perturbações das funções vitais sem lesões de órgãos, ou melhor, de tecidos" (2020, p 23). Esse pensamento serviria posteriormente para influenciar a unificação dos saberes da patologia e a da fisiologia médica na época, direcionando o saber médico, porém, o autor questionou esse princípio, apresentando diversas evidências e exemplos que contradizem essa ideia.

Ele levantou a questão de que o que foi definido como doença para alguns pôde ser considerado normal para outros⁶², como por exemplo, a variação na glicemia sanguínea durante estados febris, os níveis baixos de hemoglobina em certos grupos étnicos ou as médias de altura entre diferentes populações humanas. Canguilhem introduziu o conceito de "normatividade", destacando que o que foi considerado "saudável" esteve intrinsecamente relacionado à proximidade com os padrões fisiológicos estabelecidos como estáveis para a vida. No entanto, ele ressaltou que as formas de adoecer também possuíram sua própria normalidade, embora estivessem mais distantes desses valores fisiológicos. Por exemplo, a variação na glicemia

⁶² Canguilhem, em "O Normal e o Patológico", contesta a visão positivista de que saúde e doença são categorias fixas e universais. Ele defende que essas condições são, na verdade, valores, e não apenas dados estatísticos. As variações biológicas, como níveis de glicemia ou hemoglobina, ilustram a normatividade biológica, ou seja, a capacidade do organismo de estabelecer suas próprias normas e de se adaptar ativamente ao ambiente, gerando novas normas. Assim, a doença não é uma simples "anormalidade", mas uma forma de vida distinta que o indivíduo tenta organizar em um contexto desfavorável, sendo, para Canguilhem (2020), um normal diferente do usual.

sanguínea durante estados febris ou os níveis baixos de hemoglobina em certos grupos étnicos não necessariamente indicaram uma condição patológica, mas sim uma adaptação do organismo a determinados estímulos ou condições ambientais.

Assim, Canguilhem fez-me repensar o conceito de saúde e doença não como categorias absolutas, mas sim como espectros fluidos que se manifestaram de maneira contextualizada e variável. Essa perspectiva me trouxe desafios acerca da ideia de uma norma universal e ressaltou a complexidade da vida e da interação entre o organismo e seu ambiente. Esses pensamentos tiveram profundas implicações na relação médico(a)-usuário(a), pois evidenciaram que aquilo que foi considerado "anormal" pela sociedade pôde ser validado pelo(a) médico(a) como uma forma legítima de existência.

Portanto, compreender a normatividade biológica proposta por Canguilhem não apenas ampliou meu entendimento da saúde e da doença, mas também transformou minha percepção das relações de poder e autoridade na prática médica. Mas, não obstante, a classe médica possuiu raízes tradicionais cristalizadas, como evidenciado no Código de Ética Médica (CEM), onde no primeiro capítulo houve uma descrição dos fundamentos principais da profissão, no capítulo seguinte colocaram os direitos e no restante do documento pontuaram várias diretrizes que refletiram atributos limitadores. Aqui mostro cinco exemplos de normativas sobre comportamentos que foram vedados a essa classe:

Art. 10. Acumplear-se com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos. (CEM, 2019, p. 22)

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. (CEM, 2019, p. 27)

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza. (CEM, 2019, p. 28)

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados. (CEM, 2019, p. 33)

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade. (CEM, 2019, p. 37)

Nesse contexto, a interação médico(a)-usuário(a) passou por uma transformação significativa, especialmente com a transição de uma medicina disciplinada pelas regulamentações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Código de Ética Médica, que apresentavam diretrizes restritivas para os profissionais da saúde. Por outro lado, os(as) usuários(as) adotaram um discurso negativo de negação, buscando formas de remediar o que a

natureza determinava, muitas vezes recorrendo a testes diagnósticos e medicamentos que aliviavam suas limitações.

Essa dinâmica refletiu um aspecto da sociedade contemporânea destacado por Byung-Chul Han em seu livro "Sociedade do Cansaço"⁶³. Han descreveu a transição da sociedade disciplinar, caracterizada por instituições como hospitais, presídios e quartéis, para a sociedade de desempenho, onde o foco esteve na maximização da produção e no culto ao positivismo. Nessa nova sociedade, o imperativo do desempenho substituiu o esquema negativo da proibição, levando a uma crescente fragmentação e atomização social (Han, 2017, p. 23-30).

Essa pressão pelo desempenho teve implicações diretas na relação médico(a)-usuário(a). Enquanto os(as) profissionais de saúde foram incentivados a cumprir metas e objetivos cada vez mais elevados, os(as) usuários(as) buscaram soluções rápidas e eficazes para suas condições de saúde, muitas vezes exigindo intervenções médicas imediatas. Essa expectativa de resultados rápidos e eficientes gerou conflitos e atritos entre serviços de saúde e a comunidade, especialmente quando as expectativas dos(as) usuários(as) não foram atendidas.

Quando pesquisei as queixas dos consulentes (geralmente médicos) em análise de pareceres do CFM, pude identificar um padrão de adoecimento presente nessa dinâmica. As queixas muitas vezes refletiram a insatisfação dos(as) usuários(as) com o tratamento recebido, a falta de empatia por parte dos(as) profissionais de saúde e a percepção de que estavam sendo tratados como meros números em uma linha de produção médica, como se destaca a seguir:

⁶³ Han (2017), em sua obra "Sociedade do Cansaço", propõe uma análise da contemporaneidade que se distancia do modelo disciplinar de Foucault. Enquanto Foucault focou nas instituições de vigilância e coerção (como fábricas, prisões e escolas), Han argumenta que a sociedade atual transita para um novo paradigma, a sociedade de desempenho. Nela, a pressão não vem de uma coerção externa, mas de um imperativo interno de otimização e autoexploração. Os indivíduos se tornam "sujeitos de desempenho" em vez de "sujeitos de obediência", o que pode levar ao esgotamento e a patologias como a depressão e a síndrome de burnout. Essa mudança implica que o poder opera menos pela proibição e mais pela sedução de uma liberdade aparente, onde cada um se torna, paradoxalmente, seu próprio explorador e explorado.

O Consultante, diretor técnico de uma unidade médica, envia correspondência a este CRM relatando que atende a uma paciente portadora de displasia moderada sem intercorrência, cuja família é bastante instável emocionalmente, causando com isso, insustentáveis desgastes na relação médico/paciente/família. Que em recente internação desta paciente, a equipe sugeriu aos familiares que não poderia mais acompanhá-la e que os mesmos deveriam escolher outro médico para dar continuidade ao tratamento, o Diretor Clínico do hospital foi informado e posicionou-se contrário a esta decisão, não aceitando que declinassem da paciente e determinando, que caso não concordassem com ele, os médicos da sua unidade médica não teriam mais acesso as instalações do hospital para realização de nenhum procedimento. (CREMEB, 2004, p. 1)

Diante do grande número de ocorrências registradas no prontuário pelos médicos, relatando desentendimentos entre eles e pacientes e/ou acompanhantes, além de outras ocorrências que interferem no atendimento médico, solicito recomendações quanto ao registro destas situações. Poderão ser registradas em prontuário? Caso contrário, que medidas deverão ser adotadas? (CREMEB, 2005, p. 1).

Recebemos consulta, encaminhada por médica de Unidade de Saúde em XXXXX. A mesma questiona se o médico que atua na equipe da Estratégia de Saúde da Família tem o direito de se recusar a atender paciente, mesmo se for cadastrado na área de abrangência da sua equipe, quando em situações de quebra na relação médico-paciente, salvo situações de urgência/emergência e se não houver outro médico para atendê-lo. (CRM-MG, 2018, p. 1)

No contexto dessas relações na prática contemporânea, percebi a influência de diversos fatores históricos, sociais e políticos na construção das diretrizes profissionais e na dinâmica dessa interação. A partir das reflexões anteriores, constatei que as relações médico(a)-usuário(a) estiveram sujeitas a mudanças paradigmáticas ao longo do tempo, não sendo consideradas imutáveis.

Nessa perspectiva, Michel Foucault também explorou a subjetividade como uma construção determinada pelos “jogos de verdade”, ou seja, pelas práticas e discursos institucionais que conferiram ao sujeito determinadas formas de saber e normas de conduta. No contexto das práticas de controle, como a psiquiatria e o sistema penitenciário, ou das práticas científicas, Foucault apontou que o sujeito foi moldado de acordo com as categorias de “indivíduo falante, vivo, trabalhador,” configuradas pelos saberes científicos (Foucault, 2006, p. 264-265). Essa visão foucaultiana destacou como os discursos que circularam nas instituições de saúde, entre outras, constituíram o sujeito e definiram sua posição na sociedade. Esse processo de construção da subjetividade serviu para entender como as práticas de saber-poder influenciaram as identidades profissionais, incluindo a autoridade médica, e moldaram as interações com os usuários dos serviços de saúde, estabelecendo um padrão de conduta e de percepção que impactou diretamente a prática clínica.

Essas mudanças refletiram não apenas as transformações na prática médica, mas também as evoluções na sociedade como um todo. Observei uma transição de abordagem que, embora ainda enfrentou desafios significativos, pude vislumbrar em documentos

regulamentadores oficiais, identificando, até mesmo, a existência de um jogo de poder presente nessa interação, onde médicos(as) e usuários(as) negociaram expectativas, direitos e responsabilidades.

2.5 Educação em Saúde na APS

A Educação em Saúde (ES) é compreendida como um processo educativo que visa apropriação de temas relacionados à saúde pela população, promovendo a autonomia e o empoderamento dos indivíduos no cuidado com a própria saúde. Essa abordagem vai além da simples transmissão de informações, buscando ampliar a capacidade de diálogo entre a população e os profissionais de saúde, o que contribui para uma prática de saúde mais integrada e participativa (Nogueira et al., 2022). A ES articula-se nos conceitos de promoção da saúde e se apresenta como uma estratégia fundamental para a prevenção de doenças, ajudando a conscientizar e mobilizar as pessoas para enfrentar situações que afetam a qualidade de vida.

A ES pode ser abordada sob diferentes perspectivas teóricas, sendo os Modelos Tradicional e Dialógico as principais correntes. No modelo tradicional, prevalece uma relação verticalizada entre o profissional e o(a) usuário(a), em que o(a) educador(a) detém o saber e o(a) educando(a) é considerado(a) um(a) receptor(a) passivo(a). Já o modelo dialógico, influenciado pelo pensamento de Paulo Freire, propõe uma relação horizontal, onde educador(a) e educando(a) constroem o conhecimento de forma conjunta e reflexiva, sendo essa abordagem mais eficaz na promoção de mudanças de atitudes, pois favorece a construção coletiva do saber a partir da realidade cotidiana e das experiências dos participantes (Nogueira et al., 2022).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a ES envolve uma relação de saber-poder⁶⁴, em que o discurso dos(as) profissionais de saúde pode tanto promover a autonomia do(a) usuário(a) quanto, em alguns casos, reforçar uma dependência dos saberes técnicos. Dessa forma, a prática da ES exige dos(as) profissionais uma postura que equilibre a transmissão de conhecimento técnico com o incentivo ao protagonismo dos(as) usuários(as), evitando uma relação hierarquizada na qual o(a) profissional é visto(a) como a única autoridade. Nesse

⁶⁴ Foucault argumenta que o saber não é neutro, mas intrinsecamente ligado ao poder, exercendo controle e normalização sobre os indivíduos. Em *Vigiar e Punir*, ele explora como as disciplinas e o conhecimento se entrelaçam para produzir corpos dóceis e sujeitados. A dependência dos "saberes técnicos" pode, portanto, ser analisada como um mecanismo de biopoder – o poder sobre a vida, que se manifesta na gestão dos corpos e populações através de saberes especializados (FOUCAULT, 1999, p. 27-29).

sentido, a formação médica deve incluir uma abordagem crítica e humanística que capacite os(as) profissionais a dialogar de maneira mais horizontal com a comunidade.

No cenário brasileiro, a Educação Popular em Saúde⁶⁵ (EPoS) emergiu como um movimento pedagógico e político essencial, que se alinha à proposta freireana de emancipação e ao desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo. A EPoS promove a inclusão social e fortalece a autonomia das populações, consolidando-se como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2013. Ela visou garantir a integralidade e reduzir desigualdades, promovendo o engajamento social e incentivando práticas educativas mais democráticas e integradas às necessidades da população. Dessa forma, ao integrar prática educativa e formação médica, a EPoS fortaleceu a perspectiva de uma saúde que considera usuários(as) e profissionais como parceiros na construção de uma prática integral e transformadora (Nogueira et al, 2022).

Isso também esteve de acordo com o contexto das diretrizes da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) sobre Educação em Saúde (2007), que contestou a abordagem tradicional de educação em saúde. A Funasa destacou aspectos negativos dessa abordagem, como as relações desiguais entre profissionais e usuários(as), o didatismo e a falta de consideração às reais necessidades dos indivíduos (Funasa, 2007, p. 7-15). Para esse órgão executivo do Ministério da Saúde, a imposição de normas e comportamentos estabeleceu relações de poder e controle sobre aqueles que buscam os serviços de saúde. Propus, então, refletir sobre as práticas educativas, sem desconsiderar a importância dessa atribuição, mas buscando uma educação inclusiva e equitativa, capaz de empoderar os indivíduos e promover transformação social.

No texto "O Paradigma Fabril segundo Toffler e Gimeno Sacristán" de Fino (2000), pude perceber paralelos entre o modelo fabril de educação do século XIX e as críticas à execução da educação em saúde, conforme descritas pela Funasa. Da mesma forma como a escola oitocentista foi projetada e organizada para atender às necessidades da sociedade industrial, refletindo características como sincronização do tempo, divisão por classes e autoridade do professor, a abordagem tradicional da educação em saúde pôde se assemelhar a uma fábrica modelo.

⁶⁵ No decorrer deste trabalho, opto pela utilização das siglas EPeS (Educação Permanente em Saúde) e EPoS (Educação Popular em Saúde) para designar os respectivos campos conceituais e práticos. Essa diferenciação visa mitigar a ambiguidade inerente ao uso da sigla EPS, comumente empregada para ambos os termos na literatura e nos documentos oficiais, o que poderia gerar confusão na análise das propostas pedagógicas abordadas. A escolha busca garantir clareza e precisão terminológica, facilitando a compreensão das especificidades de cada abordagem no contexto da discussão.

Para o autor, na fábrica, os trabalhadores eram submetidos a um trabalho repetitivo, seguindo regras e normas estabelecidas, em um ambiente superpovoado e barulhento. Seguindo essa lógica, na educação em saúde tradicional, dei-me conta de que os(as) profissionais impunham conhecimentos e normas aos usuários, sem considerar suas reais necessidades e contextos individuais, higienizando-os de maneira impositiva, com vistas à obtenção de metas terapêuticas, numa lógica de controle⁶⁶.

No entanto, a Educação Popular em Saúde apareceu-me como uma alternativa transformadora, reconhecida internacionalmente como um instrumento fundamental na construção de uma medicina integral (Vasconcelos, 2001, p. 124). Esta abordagem valoriza os saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados, promovendo a interação cultural e negociações entre diferentes grupos populares, profissionais de saúde e instituições. Ela buscou criar vínculos entre a ação médica e o cotidiano da população, promovendo a participação ativa da comunidade na definição de suas necessidades e na busca por soluções mais adequadas e contextualizadas. A Educação Popular em Saúde visou superar incompreensões, mal-entendidos e conflitos de interesse, contribuindo para uma abordagem mais inclusiva e colaborativa na promoção da saúde.

Além disso, essa abordagem deu-me a permissão para que houvesse uma quebra no paradigma do(a) médico(a) como detentor único do saber, promovendo diálogos entre os(as) usuários(as) e outros profissionais da APS. Não se tratou apenas de uma educação rudimentar, mas sim de proporcionar novas formas de educar fora da escola, preparando de maneira mais digna para a vida humana. A Educação Popular em Saúde propiciou a criação de vínculos como uma forma de investir em tecnologias de relação, em detrimento de processos diagnósticos ou tecnicismos, contribuindo para a descentralização do poder médico e para uma abordagem mais democrática e participativa na gestão da saúde (Vasconcelos, 2001).

Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde encontrou uma base teórica sólida nos princípios da obra "Pedagogia do Oprimido" (Freire, 2018). Nela, o educador mostrou-me a importância do diálogo como ferramenta essencial para a construção do conhecimento e da conscientização, promovendo uma abordagem educativa que reduziu a prepotência dos

⁶⁶ A analogia entre o modelo fabril e a educação em saúde tradicional, especialmente no que tange à imposição de normas e à "higienização impositiva", pode ser aprofundada com a perspectiva de Ivan Illich sobre a medicalização da vida. Em *Nêmesis da Medicina*, Illich (1975) critica a iatrogênese social e a expropriação da capacidade individual de gerir a própria saúde, argumentando que a medicina institucional, ao expandir seu domínio e definir a normalidade, transforma a vida em um objeto de intervenção técnica. A "lógica de controle" observada reflete essa tendência de padronização e submissão dos corpos e das práticas de saúde a uma racionalidade tecnocrática.

detentores do saber e valorizou a troca de saberes entre educadores e educandos (Freire, 2018, p. 31-37).

Ao explorar o conceito de Educação Popular em Saúde, percebi um espaço fértil para questionar as práticas e discursos que envolvem a construção da saúde pública no Brasil. A EPoS, conforme delineada na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), visou promover práticas de saúde que respeitam o saber popular, integrando-o com o saber técnico-científico (Brasil, 2013). Essa proposta alinhou-se a uma visão de saúde participativa e emancipadora, desafiando modelos hegemônicos que, muitas vezes, ignoraram a subjetividade e o contexto de vida das pessoas. A Portaria GM/MS nº 2.761 de 19 de novembro de 2013 reforçou essa perspectiva, definindo a EPoS como um processo dialógico, em que os sujeitos da saúde construíram coletivamente conhecimentos, ações e estratégias em prol de um bem-estar compartilhado (Brasil, 2013).

Ao refletir sobre isso, notei a presença dos conceitos foucaultianos de biopolítica e governamentalidade, que iluminaram as dinâmicas de poder e controle nas práticas de saúde. A biopolítica, como Foucault descreveu, tratou da gestão da vida em nível populacional, enquanto a governamentalidade examinou os modos de conduzir a conduta dos indivíduos dentro desse sistema (Foucault, 1979). Sob essa lente, a EPoS emergiu não apenas como uma prática educativa, mas como uma estratégia que questionou o monopólio do saber médico sobre o corpo e a saúde das pessoas. Por meio do diálogo e da inclusão dos saberes populares, a EPoS promoveu um movimento que desestabilizou o poder da “ciência impessoal” e destacou as vozes daqueles que historicamente foram silenciados.

Essa implicação levou-me a questionar como o saber-poder se materializa nas relações entre profissionais de saúde e a comunidade. A EPoS, com sua proposta de horizontalidade e respeito mútuo, abriu uma brecha para resistências e negociações no campo da saúde pública. Assim, vi que ao estudar e adotar a EPoS, não estava apenas ampliando meu entendimento sobre educação em saúde, mas também subvertendo, de certa forma, a autoridade que a Medicina tradicionalmente assumiu sobre a vida e o corpo⁶⁷.

⁶⁷ A subversão da autoridade médica tradicional pela Educação Popular em Saúde (EPoS), através da horizontalidade e do respeito mútuo, encontra eco nas críticas de Michel Foucault ao poder médico e à psiquiatrização da normalidade. Foucault, em *O Nascimento da Clínica*, demonstra como a medicina moderna construiu um regime de visibilidade e saber que conferiu ao médico o poder de nomear e normalizar, exercendo controle sobre os corpos e as subjetividades. A EPoS, ao valorizar os saberes populares e o diálogo, desestabiliza essa hierarquia, promovendo uma biopolítica de resistência, onde os indivíduos se tornam agentes ativos na gestão de sua própria saúde, contestando a hegemonia de uma abordagem que Foucault descreve como baseada em um olhar que objetifica e controla a doença (FOUCAULT, 1977, p. 11-17).

A Educação Popular em Saúde, ao promover práticas que reconhecem o saber da comunidade, encontrou um paralelo com os conceitos foucaultianos de biopolítica, saber-poder e governamentalidade. Ao empoderar os indivíduos e coletivos, essa abordagem questionou e ressignificou o poder tradicionalmente exercido pela figura médica, contribuindo para uma mudança no controle sobre a vida, saúde e corpos das pessoas. Foucault, ao discutir a biopolítica, mostrou como o poder não se restringiu a uma autoridade central, mas se dispersou por práticas cotidianas, estabelecendo normativas sobre os corpos, os indivíduos e as populações (Foucault, 2008a). Nesse sentido, a Educação Popular em Saúde agiu como uma forma de resistência e desconstrução desse controle hegemônico, permitindo uma maior participação da população na gestão e cuidado de sua própria saúde.

A abordagem, ao ser inserida nas políticas públicas, como a PNEPS (2006), buscou romper com as formas de saber e poder estabelecidas, alinhando-se com a governamentalidade descrita por Foucault, onde as populações não foram apenas governadas, mas participaram ativamente de sua governança, criando formas de cuidado mais próximas das necessidades sociais reais. Assim, a EPoS não apenas questionou a estrutura hierárquica tradicional da medicina, mas também propôs um novo entendimento sobre o cuidado e a gestão de saúde, valorizando a agência dos sujeitos e buscando transformar a lógica de poder que, historicamente, foi imposta pela medicina institucional.

Essa mudança de lógica tornou-se especialmente relevante no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pois a abordagem proposta por Freire pôde subsidiar formas alternativas de educação e relação nos espaços de saúde, indo além do controle das patologias para efetivamente transformar a realidade social. Ao adotar uma perspectiva educativa inspirada em Freire, eu, como profissional de saúde, pude criar espaços de participação democrática e reflexão crítica, incentivando as comunidades a compreenderem sua própria condição de saúde e a se organizarem para enfrentar desafios. Isso implicou-me em reconhecer os saberes dos(as) usuários(as) do sistema de saúde como valiosos, promovendo uma relação mais horizontal entre profissionais e comunidade (Freire, 2018, p. 31-37), dando-me a possibilidade de uma melhoria na resolução de serviços de saúde e também uma transformação significativa na dinâmica social, como afirma o renomado autor:

O radical, comprometido com a libertação dos homens, não se deixa prender em 'círculos de segurança', nos quais aprisione também a realidade. Tão mais radical quanto mais se inscreve nesta realidade para, conhecendo-a melhor, melhor poder transformá-la. Não teme enfrentar, não teme ouvir, não teme o desvelamento do mundo. Não teme o encontro com o povo. Não teme o diálogo com ele, de que resulta o crescente saber de ambos. Não se sente dono do tempo, nem dono dos homens, nem libertador dos oprimidos. Com eles se compromete, dentro do tempo, para com eles lutar. (Freire, 2018, p 37).

Com base no referencial teórico apresentado, algumas ideias centrais foram destacadas. A Importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi ressaltada, enfatizando a relevância dessas áreas na estruturação dos sistemas de saúde, tanto globalmente quanto no contexto brasileiro. A necessidade de uma abordagem mais humanizada, equitativa e eficaz na prestação de serviços de saúde, centrada na pessoa e na comunidade, foi pontuada.

Em seguida, a Análise Foucaultiana do Discurso foi abordada segundo as ideias de Michel Foucault, demonstrando a importância de compreender não apenas o conteúdo dos discursos, mas também as regras que governam sua produção e circulação em contextos histórico-sociais específicos. A noção de formações discursivas, que moldam o conhecimento e a verdade em uma sociedade, evidenciando as relações de poder e as lutas pelo controle do discurso, foi incluída⁶⁸.

Posteriormente, a Relação Médico(a)-Usuário(a) na Prática Contemporânea foi discutida, contextualizando sua evolução ao longo do tempo em diferentes períodos históricos e teorias relevantes. As contribuições de autores como Moacyr Scliar, Michel Foucault e Georges Canguilhem para a compreensão dessa dinâmica, bem como a influência do Estado e da sociedade contemporânea nessa relação, incluindo aspectos éticos e dilemas enfrentados na prática médica atual, foram destacadas.

Por fim, a Educação em Saúde na APS foi analisada, com a discussão sobre a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e participativa, em contraposição ao modelo tradicional. A importância da Educação Popular em Saúde, baseada nos princípios da obra de Paulo Freire, como uma alternativa transformadora que valoriza os saberes e práticas dos(as)

⁶⁸ A formação discursiva, conforme desenvolvida por Michel Foucault, não se refere apenas a um conjunto de enunciados, mas a um conjunto de regras que historicamente determinam as condições de sua existência, regularidade e transformação. Em *A Arqueologia do Saber*, Foucault (2008b) explora como essas formações estabelecem um domínio de objetos, tipos de enunciação, conceitos e escolhas estratégicas que circulam e se constituem como "verdade" em um dado período. A análise das formações discursivas na PNAB e nas DCN permite compreender as condições de possibilidade do saber médico e as relações de poder subjacentes à sua produção e circulação (FOUCAULT, 2008b, p. 49-55).

usuários(as) e promove a participação ativa da comunidade na busca por soluções contextualizadas e adequadas, foi enfatizada.

3 PNAB 2017: SABERES, PODERES E DISCURSOS EM DISPUTA

3.1 Descrevendo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 representou, para mim, um marco na reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando e ampliando os avanços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Mais do que uma atualização normativa, essa política propôs uma reformulação do modelo de atenção, orientada pela experiência acumulada e pela busca de maior resolutividade nos serviços de saúde. Observei que o documento reafirmou a APS como a principal porta de entrada do SUS, garantindo acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde, alinhando-se ao conceito de saúde proposto por Barbara Starfield (2002, p. 21-23), que enfatizou a oferta de serviços diversificados para atender às necessidades multidimensionais da população⁶⁹.

Conforme verifiquei no texto de Almeida et al (2018, p. 3-5), em 2015, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde iniciou um processo participativo por meio de reuniões, oficinas e fóruns que reuniram trabalhadores/as, gestores/as, usuários/as e pesquisadores/as. Esse esforço visou coletar subsídios para a formulação de estratégias que fortalecessem a atenção básica nos anos subsequentes, culminando na atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Inicialmente, a revisão da PNAB teve como objetivos reafirmar os fundamentos e diretrizes estratégicas do documento – com a Estratégia Saúde da Família (ESF) assumindo o papel prioritário na expansão e consolidação da atenção básica – e promover mudanças que ampliassem o acesso, o acolhimento e a resolubilidade dos serviços, adaptando-os às diversas realidades do país.

Entretanto, o processo foi abruptamente interrompido pelos intensos acontecimentos políticos de 2015, que ocasionaram significativas alterações no Executivo federal. Reformas ministeriais no governo da presidente Dilma Rousseff, marcadas pela saída do ministro Arthur Chioro e a entrada do deputado Marcelo Castro, foram implementadas com o intuito de

⁶⁹ O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) como "principal porta de entrada" e seu alinhamento com a integralidade dos cuidados, conforme defendido por Barbara Starfield, remete diretamente aos princípios da Declaração de Alma-Ata (1978). Essa declaração histórica estabeleceu a APS como a chave para alcançar a saúde para todos, enfatizando a necessidade de uma abordagem universal, equitativa, acessível e baseada na participação comunitária. A relevância da APS no SUS, portanto, não é apenas um marco normativo, mas a concretização de um compromisso internacional com a saúde como direito humano fundamental (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

fortalecer o governo no Congresso Nacional. Esse cenário conturbado culminou, em agosto de 2016, com o impeachment de Dilma e a ascensão de Michel Temer à presidência.

Nesse ínterim, destacaram-se as portarias ministeriais 958 e 959, publicadas em 10 de maio de 2016, que permitiram a formação de equipes de saúde da família sem a obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo estes ser substituídos por técnicos de enfermagem⁷⁰. Embora essas normativas tenham gerado intensa mobilização dos ACS – que reivindicavam a manutenção de seu papel central na organização territorial e na mobilização comunitária – elas também atenderam, parcialmente, à demanda do CONASEMS por ajustes na composição das equipes, evidenciando os esforços do Executivo em buscar maior apoio entre os entes federados.

Com a transição governamental, o Ministério da Saúde passou a ser liderado pelo engenheiro e deputado Ricardo Barros, que integrou novos atores políticos ao processo de revisão da PNAB. Essa nova configuração permitiu o reordenamento das pautas, possibilitando que instituições como o CONASEMS e o CONASS tivessem maior influência na retomada da agenda de revisão⁷¹. Uma das primeiras ações da nova gestão foi a revogação das portarias 958 e 959, em 9 de junho de 2016, medida que funcionou tanto como um gesto de conciliação com os ACS quanto como resultado de pactuação com o CONASEMS.

Paralelamente, o processo de revisão enfrentou disputas corporativas – evidenciadas por projetos legislativos e decisões judiciais envolvendo os ACS e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) –, bem como controvérsias, como a associação equivocada entre o fechamento de serviços de atenção básica no Rio de Janeiro e o processo revisional⁷². Diante desse cenário

⁷⁰ A controvérsia em torno da Portaria 958/2016 e da possível substituição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por técnicos de enfermagem expõe tensões inerentes à implementação das políticas de saúde, especialmente sob a ótica da biopolítica. Embora o Estado busque gerir a saúde da população de forma eficiente, a desvalorização do papel do ACS, figura central na mediação entre a comunidade e os serviços de saúde, pode ser interpretada como uma forma de controle que desconsidera os saberes locais e as relações de confiança estabelecidas. Essa dinâmica reflete as disputas por poder e reconhecimento entre diferentes categorias profissionais e a própria configuração das políticas de saúde em um contexto de reformas e reestruturações, tema explorado por autores como Mattioni e Rocha. (2020) ao analisarem as práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal.

⁷¹ Os "novos atores políticos" mencionados referem-se à incorporação de diferentes grupos de interesse e representações institucionais no processo de formulação e revisão de políticas públicas. No contexto do SUS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) são entidades de representação dos gestores municipais e estaduais de saúde, respectivamente. Sua influência na agenda de revisão da PNAB é um exemplo da complexa dinâmica da arena política da saúde no Brasil, onde diferentes atores – políticos, técnicos, corporativos e sociais – negociam e disputam a direção das políticas. A participação desses atores na formulação de políticas é crucial para a governança do SUS, mas também revela as tensões e os interesses divergentes que permeiam a gestão da saúde pública.

⁷² As disputas corporativas e as controvérsias mencionadas no texto ilustram o caráter intrinsecamente político da formulação de políticas públicas em saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Tais embates não se restringem a questões técnicas, mas refletem a complexidade das relações de poder entre diferentes atores – como categorias profissionais, gestores e grupos de interesse – que buscam

repleto de tensões e mudanças, o alinhamento político entre os membros da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi determinante para reorientar a revisão como prioridade governamental⁷³. Mesmo havendo questionamentos quanto à tempestividade da revisão por parte de alguns técnicos, a realização de uma consulta pública – que reuniu 8.901 proposições em 15 dias – contribuiu para a construção de um consenso. Em 31 de agosto de 2017, o texto final foi pactuado na CIT, encerrando um processo marcado por intensas disputas técnico-políticas. (Almeida et al, 2018, p. 3-5)

Conforme também nos apontou a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 27 de julho de 2017, realizou-se a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em Brasília – transmitida ao vivo pelo portal DataSUS – destacando o caráter colaborativo da discussão, ao reunir gestores e gestoras federais, estaduais e municipais, além de representantes de diversas entidades de saúde, para debater a minuta elaborada por um grupo de trabalho específico. Posteriormente, o período de consulta pública, realizado na plataforma FormSUS entre 27 de julho e 6 de agosto de 2017, possibilitou a apresentação de sugestões e contribuições em um prazo de dez dias, enfatizando a necessidade de uma resposta ágil às transformações que impactam o SUS (ABRASCO, 2017).

Neste contexto, a revisão da norma, apresentada por Allan Nuno Alves de Sousa, então diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), fundamentou-se em três pilares essenciais: o ciclo de revisão quinquenal, que respeitou o prazo previsto na versão anterior de 2011; a incorporação das contribuições oriundas das Conferências Nacionais de Saúde; e a utilização dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para embasar as decisões estratégicas⁷⁴. Tais diretrizes possibilitaram a

legitimar suas visões e influenciar as diretrizes. A "associação equivocada" sobre o fechamento de serviços, por sua vez, pode ser compreendida como um exemplo de produção de discursos e narrativas que, em cenários de incerteza ou mudança, podem se instrumentalizar para deslegitimar processos ou agendas políticas.

⁷³ Em junho de 2016, agentes comunitários de saúde de todo o Brasil se mobilizaram em Brasília e pressionaram o Ministério da Saúde a revogar as portarias 958 e 959. Essas portarias permitiriam a substituição de agentes comunitários por técnicos de enfermagem, o que foi visto como uma ameaça à política de atenção básica e aos princípios do SUS. A ação conjunta com o Congresso Nacional e a forte mobilização da categoria foram cruciais para a revogação. Para maiores informações, acesse: MATHIAS, Maíra. Agentes na rua, portarias no chão. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Rio de Janeiro, 10 jun. 2016. Atualizado em: 1 jul. 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/agentes-na-rua-portarias-no-chao>. Acesso em: 26 maio 2025.

⁷⁴ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, instituída a partir de 2011, com o objetivo de induzir a melhoria da qualidade da Atenção Básica por meio de um ciclo de avaliação e incentivo financeiro. O programa buscava aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), utilizando uma metodologia que combinava autoavaliação, avaliação externa e repasse de recursos financeiros. Sua relevância na fundamentação da PNAB 2017 reside no fato de que os resultados obtidos por meio do PMAQ-AB forneceram dados e informações sobre o desempenho das equipes e dos serviços, subsidiando a formulação de diretrizes e a tomada de decisões estratégicas para o aprimoramento da política de atenção primária. Assim, o

implementação de inovações significativas, entre as quais destaquei a flexibilidade na organização das equipes – inclusive permitindo a criação de grupos desvinculados da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷⁵ –, a integração entre agentes comunitários e ações de vigilância, a ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a inclusão de novos perfis profissionais e a incorporação de ferramentas tecnológicas, como o Telessaúde e o prontuário eletrônico, que aprimoram o acesso e a resolutividade dos serviços. Além disso, foram introduzidos mecanismos de microrregulação⁷⁶ para facilitar a integração entre a Atenção Básica e os serviços especializados, bem como a ampliação do escopo dos procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Diversas lideranças contribuíram para a consolidação das diretrizes propostas na política de 2017. Mauro Junqueira, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na época, ressaltou a importância da valorização das agentes comunitárias e dos agentes comunitários e a necessidade de integrar suas ações às estratégias de vigilância e assistência. Humberto Fonseca, Secretário de Saúde do Distrito Federal, defendeu a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário, enfatizando a relevância da participação popular e da autonomia de gestores e gestoras na condução das políticas de saúde. Por sua vez, Ricardo Barros, destacou que a integração da PNAB de 2017 com o uso do prontuário eletrônico e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) seria determinante para a modernização e a eficiência do SUS.

Um dos aspectos centrais da norma foi a integração da APS com a Vigilância em Saúde, reforçando o compromisso com a equidade e a integralidade no cuidado. Essa integração visou

PMAQ-AB representava um mecanismo de gestão baseado em evidências, buscando transformar a informação em insumo para a governança do SUS (cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

PMAQ-AB: manual instrutivo do 3º ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015).

⁷⁵ A flexibilidade na organização das equipes, um dos pontos centrais da PNAB 2017, gerou intenso debate no campo da Saúde Coletiva. Ao permitir a criação de "outros arranjos" ou equipes desvinculadas da Estratégia Saúde da Família (ESF), a política foi interpretada por alguns como uma medida pragmática para expandir a cobertura da Atenção Básica em diferentes contextos locais. Contudo, para críticos, essa flexibilização representava um risco de descaracterização do modelo da ESF, que preconiza a territorialização, a adscrição de clientela e o vínculo como eixos fundamentais do cuidado. A preocupação residia na possibilidade de enfraquecer o modelo da Saúde da Família, que é considerado a porta de entrada preferencial e ordenadora do sistema no SUS, e na abertura para modelos de cuidado mais fragmentados e menos longitudinais. Esse debate reflete a tensão entre a necessidade de ampliação do acesso e a manutenção da qualidade e integralidade do cuidado, central na disputa de modelos assistenciais no Brasil.

⁷⁶ Os mecanismos de microrregulação na saúde referem-se a instrumentos e processos gerenciais que buscam otimizar o acesso dos usuários a serviços de saúde especializados e de maior complexidade, a partir da Atenção Primária. Dentre as ferramentas mais comuns incluem-se as centrais de regulação de consultas e exames, os sistemas de referência e contrarreferência, e a construção de linhas de cuidado. O objetivo da microrregulação é ordenar o fluxo de usuários no sistema, evitando a sobrecarga de serviços especializados e garantindo que o cuidado seja oferecido no nível de atenção mais adequado e oportuno. Essa regulação, portanto, visa a qualificar a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações.

não apenas organizar os serviços de saúde, mas também articular-se criticamente com as desigualdades e os contextos locais. Além disso, a política introduziu inovações como a flexibilidade na organização das equipes de saúde e a ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscando adaptar-se às realidades dos territórios e às necessidades específicas das populações.

No que diz respeito ao conceito de saúde, a PNAB 2017 adotou uma visão ampliada, que foi além da ausência de doenças. O documento reconheceu a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, influenciado por determinantes sociais, econômicos e ambientais. Essa abordagem refletiu a influência de teóricos como Starfield, que defenderam uma atenção primária centrada nas necessidades multidimensionais dos indivíduos e das comunidades. A política também enfatizou a importância da educação em saúde como ferramenta para promover a autonomia dos usuários e a participação ativa da comunidade no cuidado.

A educação em saúde proposta pela norma não se limitou à transmissão vertical de informações, mas buscou promover diálogos entre profissionais e usuários, reconhecendo os saberes populares e as realidades locais. Essa perspectiva alinou-se às ideias de Paulo Freire, que defendeu uma educação libertadora, baseada no diálogo e na construção coletiva de conhecimento. No entanto, a implementação dessa abordagem ainda enfrentou desafios, como a persistência de práticas hierárquicas e a dificuldade de integrar efetivamente a comunidade nas decisões em saúde.

Em síntese, a PNAB 2017 representou um esforço significativo para reconfigurar a APS no Brasil, reafirmando seu papel central no SUS e buscando promover equidade, integralidade e participação social. Ao mesmo tempo, o documento enfrentou o desafio de equilibrar a normatização técnica com a abertura à diversidade de práticas e saberes, garantindo que a saúde fosse compreendida e vivenciada de forma ampla e inclusiva.

3.2 Educação na PNAB 2017: o que diz o documento?

A Portaria 2.436/2017 inseriu a educação na saúde como um elemento central no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, conferindo-lhe um papel duplo. Por um lado, foi concebida como um instrumento de qualificação técnica e atualização profissional, por meio da Educação Permanente. Por outro, foi enfatizada como um processo participativo, no qual a comunidade teve um papel ativo tanto na construção do conhecimento em saúde quanto no exercício da cidadania.

Neste capítulo, alinhado aos objetivos de pesquisa que buscaram compreender como os discursos normativos construíram a 'autoridade médica' na Educação em Saúde e seus efeitos discursivos nas práticas educativas e nas relações médica(o)/usuária(o) — sob uma perspectiva Foucaultiana —, analisei como a educação esteve estruturada na PNAB 2017. Para isso, aprofundei a discussão em quatro eixos fundamentais: Educação Permanente em Saúde (EPeS), Formação em Saúde, Trabalho Interdisciplinar e Compartilhamento de Saberes e Educação em Saúde. A escolha desses eixos justificou-se por sua relevância para investigar as dinâmicas de poder, a legitimação da autoridade médica e as hierarquias presentes nas diretrizes da APS. A partir dessa análise, busquei identificar como a política articulou a educação no âmbito da Atenção Primária à Saúde, suas diretrizes e os desafios para sua implementação, sempre em diálogo com os efeitos discursivos e as relações de poder que permeavam o campo da saúde.

3.2.1 Educação Permanente em Saúde (EPeS)

A Educação Permanente em Saúde (EPeS) emergiu como resposta às limitações das metodologias tradicionais de educação, como a Educação Continuada, frequentemente criticada por sua abordagem verticalizada e descontextualizada das realidades dos serviços de saúde⁷⁷. Considerei relevante destacar que, institucionalizada como política pública pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a EPeS se consolidou como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando-se pela problematização do cotidiano laboral como fonte de aprendizagem coletiva e transformação das práticas (Tolotti, Rotoli e Aires, 2017, p. 552).

A partir da análise de Tolotti, Rotoli e Aires (2017), compreendi que, para cumprir esse papel, os profissionais precisam transcender a mera transmissão de conhecimentos técnicos, assumindo-se como facilitadores de espaços dialógicos que articulam demandas institucionais, necessidades da comunidade e reflexão crítica sobre os processos de trabalho. No entanto, observei que os autores apontam desafios persistentes, como a fragmentação entre teoria e

⁷⁷ A distinção entre Educação Permanente em Saúde (EPeS) e Educação Continuada é fundamental para compreender as propostas pedagógicas no campo da saúde. Enquanto a Educação Continuada, frequentemente criticada, tende a focar na atualização de conhecimentos técnicos e habilidades de forma pontual e, por vezes, desvinculada do cotidiano do trabalho (caracterizando-se por uma abordagem mais "verticalizada" e prescritiva), a EPeS se propõe como um processo contínuo de aprendizagem-trabalho. A EPeS é intrinsecamente vinculada à problematização do cotidiano das práticas de saúde e à reflexão crítica sobre os processos de trabalho. Seu objetivo é transformar as práticas e a organização do cuidado, valorizando os saberes produzidos no serviço e a construção coletiva do conhecimento, superando, assim, a mera transmissão de informações e promovendo a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais (cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 77).

prática e a resistência a modelos educativos não hierárquicos, fatores que, em minha avaliação, podem limitar a efetividade da Educação Popular em Saúde na ESF.

Concordei com os autores supracitados ao afirmar que essa perspectiva foi reforçada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em suas reformulações de 2006 e 2011, a PNAB destacou o papel dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) – com ênfase, neste estudo, no enfermeiro – como agentes catalisadores da EPeS, atribuindo-lhes a responsabilidade de fomentar processos educativos capazes de integrar reflexão crítica e ação prática nos serviços. Na versão de 2017, a PNAB reafirma essa diretriz ao vincular a EPeS à organização do trabalho na Atenção Básica, definindo-a como:

XIX: Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS)⁷⁸ a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. (PNAB, 2017, p. 24).

Ao analisar esse trecho, percebi que a EPeS não se restringiu a uma diretriz formal, mas configurou-se como uma estratégia ativa para qualificar continuamente os serviços essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia ajustou-se às necessidades dos territórios e refletiu diretamente na qualidade do cuidado prestado à população. Merhy (1998), ao discutir a perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, já apontava a necessidade de uma formação que integrasse teoria e prática, reforçando a EPeS como ferramenta de transformação profissional. Seguindo essa lógica, o documento orientador da atenção básica também reforçou essa abordagem ao destacar que:

XIX: [...] Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele-Educação, Formação em Saúde. (PNAB, 2017, p. 24).

Essa orientação evidenciou a importância da atualização constante das(os) profissionais, promovendo a aprendizagem integrada ao cotidiano dos serviços. A normativa apresentou ainda quatro mecanismos que fortalecem a educação no contexto da atenção primária, fomentando

⁷⁸ Embora, no decorrer deste trabalho, tenhamos optado pela utilização das siglas EPeS (Educação Permanente em Saúde) e EPoS (Educação Popular em Saúde) para fins de clareza conceitual, a sigla EPS foi mantida em citações diretas de documentos oficiais. Essa decisão visa preservar a fidelidade e a integridade do texto original, conforme as normas acadêmicas que regem as citações literais, reconhecendo que a terminologia empregada nesses documentos reflete o uso oficial e histórico da sigla.

capacitação e qualificação das equipes: Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele-Educação e Formação em Saúde.

A Cooperação Horizontal valorizou a troca de experiências e conhecimentos entre profissionais, equipes e unidades de saúde, estimulando um aprendizado colaborativo e situado na realidade dos serviços. Essa abordagem favoreceu a construção coletiva de soluções para desafios da assistência, promovendo o trabalho interdisciplinar e ampliando a resolutividade do cuidado. Além disso, essa estratégia alinha-se aos princípios de descentralização e autonomia das equipes, incentivando a participação ativa dos trabalhadores na formulação de estratégias de qualificação. Stelet (2020), ao discutir a relação entre Medicina Narrativa e Medicina Baseada em Evidências⁷⁹, já apontava que a colaboração entre diferentes áreas do conhecimento enriquecia a prática clínica, o que converge com a lógica da Cooperação Horizontal na APS.

O Apoio Institucional, como observado no Ministério da Saúde, constituiu-se como uma estratégia de descentralização e qualificação da gestão, direcionada para fortalecer as equipes e integrar diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia favoreceu o planejamento ascendente e a articulação entre gestores e profissionais, possibilitando um alinhamento das ações de saúde às necessidades da população.

Já a Tele-Educação ampliou o acesso a conteúdos atualizados e qualificações específicas por meio de plataformas digitais, favorecendo a formação continuada dos profissionais de saúde. Iniciativas como o Telessaúde Brasil ofereceram cursos, webconferências e materiais didáticos para apoiar a capacitação em larga escala. Essa estratégia permitiu que trabalhadores da saúde, independentemente da localização geográfica, pudessem atualizar seus conhecimentos e compartilhar experiências, contribuindo para a qualificação da Atenção Básica.

Por fim, a Formação em Saúde compreendeu ações estruturadas para a capacitação dos profissionais da AB, incluindo cursos presenciais e a distância oferecidos por instituições como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-

⁷⁹ A Medicina Narrativa e a Medicina Baseada em Evidências (MBE) representam dois importantes paradigmas na prática clínica contemporânea, por vezes vistos como complementares ou em tensão. A MBE, surgida nos anos 1990, prioriza a utilização da melhor evidência científica disponível, integrada à experiência clínica e aos valores do paciente, para a tomada de decisões no cuidado. Seu foco é a eficácia e a segurança de intervenções baseadas em pesquisas rigorosas. Por outro lado, a Medicina Narrativa, desenvolvida por Rita Charon e outros, enfatiza a importância de ouvir e compreender as histórias dos pacientes, reconhecendo a dimensão subjetiva da doença e do sofrimento. Ela busca aprimorar a capacidade empática dos profissionais de saúde, promovendo um cuidado mais humano e centrado na pessoa. A colaboração entre diferentes áreas do conhecimento, conforme apontado por Stelet (2020), sugere que a integração dessas abordagens – a racionalidade da evidência e a riqueza da narrativa – pode enriquecer a prática clínica, tornando-a mais completa e sensível às complexidades da experiência humana na saúde e doença (cf. CHARON, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2008).

SUS). Essas iniciativas proporcionaram formação técnica e gerencial, qualificando os trabalhadores para lidar com os desafios e demandas emergentes da Atenção Básica. Lima (2020), em sua pesquisa sobre medicalização da vida, já destacava a importância de uma formação médica que extrapolasse o modelo biomédico tradicional, incorporando abordagens mais humanizadas e contextualizadas, o que se alinha à proposta de Formação em Saúde da PNAB.

Além de direcionar estratégias educacionais, a regulamentação também enfatiza o papel da gerência na promoção da EPeS. O(a) gerente da Atenção Básica assumiu a responsabilidade de identificar, junto à equipe, as necessidades de formação e qualificação profissional, contribuindo ativamente para aprimorar os processos de trabalho. Percebi que essa atribuição foi explicitada no documento da seguinte maneira:

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros [...] (PNAB, 2017, p. 17-18).

Nesta parte do documento, observei que a(o) gerente ultrapassou a função de coordenador(a) administrativo(a) e assumiu o papel de facilitador(a) de mudanças e inovação. Ao incentivar a troca de saberes e a qualificação contínua, essa liderança criou um ambiente propício ao aprendizado e ao aprimoramento profissional, fortalecendo a EPeS como ferramenta de transformação das práticas na APS.

Minha análise até o momento evidenciou que a Educação Permanente em Saúde foi estruturada na normativa como um eixo estratégico para qualificar a APS. A ênfase em estratégias como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele-Educação e Formação em Saúde reforçou que a EPeS não se tratou apenas de um conceito abstrato, mas de um conjunto de práticas concretas voltadas à transformação da atenção básica. Esse direcionamento ficou evidente nas palavras do representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, durante a análise da Proposta de Revisão da PNAB, em 27 de julho de 2017, ao destacar a necessidade de "[...] definição de padrões essenciais e ampliados, na perspectiva do aumento da resolutividade da AB" (Brasil, 2017, p. 17).

Assim, ao atribuir à(o) gerente da APS a missão de identificar demandas de formação e promover a qualificação contínua das equipes, o documento confirmou sua intencionalidade política de institucionalizar a EPeS como parte estruturante da gestão e do funcionamento dos serviços de saúde. Essa perspectiva foi corroborada pela SAS/MS, que reforçou o

"reconhecimento e estímulo à inclusão do Gerente de Atenção Básica para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho e gestão dos serviços de atenção básica" (Brasil, 2017, p. 17).

Entretanto, embora a política também mencionasse a participação social como princípio norteador do SUS, houve um enfoque mais detalhado em estratégias voltadas à capacitação das(os) trabalhadoras(as) do que em mecanismos robustos de diálogo com a comunidade. Esse aparente desequilíbrio entre os eixos formação profissional e participação popular abriu espaço para reflexões, que foram aprofundadas na próxima seção desta análise, dedicada à Formação Integrada ao Serviço.

3.2.2 Formação em Saúde

A formação em saúde é um conceito estruturado na regulamentação da atenção primária de 2017, fundamentado em diretrizes que buscaram alinhar ensino, serviço e comunidade à realidade do SUS. O documento normativo não apenas reconheceu a necessidade de qualificação contínua, mas também estabeleceu mecanismos para fortalecer essa relação na prática. Como destaquei no Capítulo 5, inciso XIX:

XIX: [...] A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. (PNAB, 2017, p. 24).

Essa passagem evidenciou que a qualificação profissional não foi tratada apenas como uma diretriz, mas como um eixo estruturante da atenção primária, vinculando-se diretamente à produção de conhecimento aplicado à realidade dos serviços. Ao enfatizar que o processo formativo deveria ocorrer no território, combinando teoria e prática, a normatização estimulou que profissionais atuassem de maneira resolutiva e adaptada às especificidades locais, como já discuti na seção sobre Educação Permanente em Saúde.

Essa diretriz não apenas mencionou a formação como uma necessidade, mas a definiu como um eixo estratégico, interligando qualificação profissional e produção de conhecimento contextualizado. Ao enfatizar que esse aprendizado deveria ocorrer diretamente no território da Atenção Básica, a política estimulou uma atuação resolutiva e adaptada às realidades locais,

aprofundando a relação entre teoria e prática, como já discuti na seção anterior sobre Educação Permanente em Saúde.

A articulação entre ensino e serviço, nesse contexto, transcendeu a mera atualização técnica. Tratou-se de um processo que fomentou a transformação das práticas, incentivando um aprendizado crítico e reflexivo sobre o trabalho em saúde. Quando a capacitação aconteceu dentro da rotina profissional, as(os) trabalhadores(as) assimilaram imediatamente os conteúdos, ajustando-se às especificidades do território e às necessidades da população. Percebi nisso um compromisso estrutural da normativa com o SUS, fortalecendo um ciclo contínuo de aperfeiçoamento profissional, que pôde resultar na qualificação dos serviços prestados. Esse alinhamento também se refletiu na atualização da política, que buscou consolidar diretrizes de ensino integradas à realidade da Atenção Básica (PNAB, 2017, p. 15-17).

Além disso, o documento normativo enfatizou que o fortalecimento do vínculo entre ensino, serviço e comunidade, aliado à incorporação da pesquisa no cotidiano dos serviços de saúde, não apenas ampliou a capacitação dos profissionais, mas também aprimorou a qualidade da assistência prestada. Ao propor a formalização de parcerias entre instituições acadêmicas e unidades básicas, a regulamentação assegurou que os espaços de atuação do SUS fossem também cenários de aprendizado permanente. Esse arranjo possibilitou que a reflexão crítica sobre a prática em saúde impulsionasse mudanças, tornando os serviços mais responsivos às demandas do território. Dessa forma, instituiu-se um ciclo que beneficiou tanto a formação profissional quanto a gestão do sistema e, principalmente, a população usuária, respeitando os princípios do SUS (PNAB, 2017, p. 24).

O compromisso da política com a formação integrada ao serviço foi além da capacitação pontual, configurando-se como uma estratégia estruturada para aprimorar o SUS por meio da qualificação de profissionais alinhados aos princípios da Atenção Básica. Para consolidar essa proposta, a regulamentação estabeleceu três pilares: Integração Ensino-Serviço-Comunidade, Adaptação Curricular às Necessidades da APS e Estruturação de Ambientes de Aprendizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

3.2.3 Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC)

A articulação entre ensino e serviços de saúde⁸⁰ se concretizou na formalização de parcerias entre instituições acadêmicas e unidades da rede pública, criando um ambiente de aprendizado que aproximou a formação teórica da realidade prática do SUS. Esse modelo não apenas qualificou as(os) profissionais, mas também favoreceu a geração de conhecimento alinhado às necessidades locais, promovendo um ciclo contínuo de aprimoramento das práticas. Como estabelece a regulamentação:

Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço [...] como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS (PNAB, 2017, p. 24).

Dessa maneira, a celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço foi considerada importante para a formação em saúde, pois formalizou o compromisso de integrar a teoria à prática. Essa formalização não se limitou a um acordo burocrático; ela criou cenários de práticas onde estudantes de graduação e residentes puderam aplicar os conhecimentos adquiridos em sala de aula diretamente na realidade do SUS. Isso significou que o aprendizado ocorreu em um ambiente real, com pacientes e desafios complexos, preparando profissionais mais qualificados e adaptados às necessidades da população.

Essa parceria estratégica ultrapassou a simples disponibilização de campos de estágio. Ela incentivou a coprodução de conhecimento, onde a experiência prática dos serviços de saúde retroalimentou o currículo acadêmico. Por exemplo, a observação de determinada prevalência de doenças em uma comunidade gerou projetos de pesquisa que, por sua vez, informaram as estratégias de ensino e as práticas de saúde. Desse modo, a integração ensino-serviço-comunidade se estabeleceu como um ciclo contínuo, impulsionando a inovação e aprimorando continuamente a qualidade da atenção primária à saúde.

3.2.4 Adaptação Curricular às Necessidades da APS

⁸⁰ A integração ensino-serviço-comunidade (IESC) é um pilar da formação em saúde no Brasil, especialmente após a Reforma Sanitária. Ela supera a teoria-prática ao criar um arranjo pedagógico-assistencial que corresponsabiliza instituições de ensino, serviços de saúde e a comunidade na produção do cuidado e na formação de profissionais. A IESC fomenta currículos contextualizados nas necessidades de saúde da população e estimula o aprendizado crítico e reflexivo sobre o trabalho em saúde. Este conceito é corroborado pelo estudo de Silveira et al. (2020), que destaca a IESC como essencial para a efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e para a formação do perfil profissional desejado.

A política também previu ajustes nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, com o objetivo de garantir que a formação das(os) futuras(os) profissionais estivesse em consonância com as necessidades da atenção primária. Essa estratégia envolveu articulação com o Ministério da Educação para promover mudanças que assegurassem uma formação permanente e continuada, preparando as(os) trabalhadores(as) para atuar de forma crítica e resolutiva diante da complexidade do SUS, como foi percebido no seguinte fragmento da normativa:

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica (Brasil, 2017, p. 3).

A citação do Ministério da Educação (MEC) como agente articulador das mudanças curriculares sublinhou o reconhecimento da formação em saúde como componente basilar para a consolidação da APS brasileira. Isso demonstrou que a qualificação dos profissionais de saúde não foi vista apenas como uma responsabilidade isolada das instituições de ensino, mas como uma política de Estado que envolveu a coordenação intersetorial. Ao buscar a adequação do perfil profissional às demandas da APS, o documento normativo incentivou a superação de um modelo de formação focado exclusivamente na especialização hospitalocêntrica, direcionando os currículos para as necessidades da saúde coletiva e da comunidade, como a prevenção de doenças e a promoção da saúde, por exemplo.

Essa articulação entre o Ministério da Saúde e o MEC visou garantir que os egressos dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde estivessem aptos a enfrentar os desafios complexos e multifacetados da APS. Ao promover a formação continuada, a normativa não se limitou a um ajuste pontual, mas estabeleceu um compromisso de longo prazo com a educação permanente, assegurando que os profissionais de saúde se mantivessem atualizados e capazes de responder às constantes transformações do cenário epidemiológico e social. Esse esforço conjunto reforçou a ideia de que a qualidade dos serviços de saúde foi indissociável da qualificação dos trabalhadores, que deveriam ser preparados para atuar de forma crítica, reflexiva e resolutiva no SUS, contribuindo para a integralidade do cuidado e a equidade no acesso à saúde.

3.2.5 Estruturação de Ambientes de Aprendizado nas UBS

Outro aspecto da normatização que norteou o trabalho foi a adequação das unidades básicas para acolher estudantes e profissionais em formação. A política determinava que esses espaços fossem concebidos para propiciar a imersão na rotina do SUS e assegurar a aplicação imediata do conhecimento adquirido. Essa diretriz envolvia responsabilidades compartilhadas entre os diferentes níveis de gestão.

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde (PNAB, 2017, art. 7º, XVI, p. 3).

A abordagem adotada pela política para a formação profissional ultrapassou a capacitação técnica e promoveu também outros aspectos essenciais para a qualificação do cuidado, como o trabalho interdisciplinar. A diretriz incentivou a troca de saberes entre diferentes áreas da saúde, fortalecendo a atuação em equipe e promovendo maior integração das práticas assistenciais. Isso ficou evidente quando a normativa também enfatizou que "[...] os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado [...] de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um" (Brasil, 2017, p. 11).

Adicionalmente, houve o incentivo ao aprimoramento contínuo. A interseção entre ensino, pesquisa e prática gerou um processo de retroalimentação, no qual as demandas da população orientaram a produção acadêmica, e os achados dessas investigações aprimoraram os serviços prestados.

A normativa também reforçou a importância da humanização e resolutividade no atendimento. Ao serem formadas(os) diretamente nos cenários reais da Atenção Básica, as(os) profissionais desenvolveram habilidades para atuar de forma mais contextualizada, fortalecendo o vínculo com a comunidade e tornando as intervenções mais eficazes.

Dessa forma, o documento normativo não apenas sugeriu a Formação em Saúde, mas a institucionalizou por meio de diretrizes concretas, incluindo parcerias formais, adaptações curriculares e investimentos na infraestrutura educacional dentro do SUS. Essa abordagem transformou o ensino em um eixo estruturante da Atenção Primária, conferindo-lhe um papel decisivo na melhoria do sistema de saúde.

A regulamentação destacou a importância de alinhar a formação profissional às demandas da população, assim como a Educação Permanente, abordada na seção anterior. Nesse contexto, a capacitação das(os) trabalhadores(as) da saúde foi estruturada para atender às necessidades do SUS, garantindo que o conhecimento adquirido estivesse em sintonia com os desafios encontrados na prática. A política estabeleceu diretrizes institucionais que

orientaram a qualificação técnica das(os) profissionais, permitindo que a aprendizagem ocorresse de forma contínua e integrada ao cotidiano dos serviços.

Além disso, a formação em saúde foi concebida como um processo que articulou ensino e serviço, possibilitando que as equipes aprimorassem suas competências e ajustassem suas práticas às especificidades do território. Nesse sentido, a qualificação das(os) trabalhadores(as) da atenção primária seguiu um modelo que estimulou a interação entre diversas áreas do conhecimento, promovendo a interdisciplinaridade e a troca de saberes. Esse aspecto será explorado com mais detalhes na próxima seção.

3.2.6 Trabalho Interdisciplinar e Compartilhamento de Saberes

O marco regulatório mais recente da Atenção Básica reforçou a relevância do trabalho interdisciplinar como estratégia para qualificar o cuidado, promovendo a integração entre diferentes áreas do conhecimento. Esse modelo buscou articular saberes e práticas diversas, estabelecendo diretrizes para que os profissionais atuassem de maneira cooperativa e horizontal.

Conforme a normativa vigente, essa abordagem constituiu-se como princípio estruturante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), configurando-se como um dispositivo multiprofissional e interdisciplinar que desafiou a tradicional centralidade de determinadas categorias profissionais:

[...] Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. (PNAB, 2017, p. 11).

Ao analisar essa diretriz, percebi que a troca de conhecimentos transcendia uma interação meramente técnica, tornando-se um processo de construção coletiva de soluções. A interdisciplinaridade fortaleceu a integralidade do cuidado ao conectar diferentes abordagens, como vigilância em saúde, clínica ampliada e matriciamento. Essa perspectiva foi reafirmada no capítulo sobre atribuições profissionais:

XX: [...] Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração. (PNAB, 2017, p. 14-15).

Observei que essa orientação ampliou a capacidade das equipes de saúde em responderem às complexidades do território, articulando ações intersetoriais e incorporando o conhecimento das realidades locais. A necessidade dessa abordagem foi evidenciada em estudos como o de Cordeiro (2019), que demonstrou como, mesmo diante de questões multifatoriais, a prática clínica ainda se apoiou excessivamente em diagnósticos biomédicos e tratamentos farmacológicos, pois "a medicalização mostrou-se forte nas representações sociais de diferentes profissionais" (Cordeiro, 2019, p. 185). Esse cenário reforçou a importância de uma abordagem interdisciplinar que contemplou saberes sociais, psicológicos e comunitários, rompendo com perspectivas reducionistas.

A orientação nacional para a Atenção Básica reconheceu essa necessidade ao propor a ampliação da clínica e a adoção de ações intersetoriais. No entanto, sua implementação ainda enfrentou desafios concretos. Um aspecto fundamental nessa construção foi a participação da comunidade no processo de cuidado. A regulamentação vigente mencionou a gestão participativa em conselhos locais de saúde, incentivando o fortalecimento da governança territorial e do controle social ao dar "[...] apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde [...]" (PNAB, 2017, p. 24).

Constatamos que a obrigação prevista nesta norma aumentou a compreensão sobre a importância do trabalho conjunto entre diferentes áreas e saberes na AB, alinhando-se, da mesma forma, ao princípio da integralidade do cuidado. A articulação intersetorial e o conhecimento do território possibilitaram que as equipes ampliassem sua capacidade de resposta às necessidades da população, como visto também nas duas seções anteriores deste capítulo. Ademais, o texto ressaltou a necessidade da atuação interdisciplinar e da troca de conhecimentos para obter o mesmo resultado acerca do cuidado, conforme a seção VIII.

VIII: Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população." (PNAB, 2017, p. 22-24).

A organização do trabalho na Atenção Básica propôs transcender a atuação individual dos profissionais. A interdisciplinaridade e a articulação intersetorial fortaleceram a resolutividade das ações e garantiram um atendimento mais adequado às demandas apresentadas. Além de considerar os aspectos biomédicos, notei que a Política de 2017 reafirmou a necessidade de integrar os determinantes sociais da saúde nesse processo. Para este fim, enfatizou também o papel da comunidade na construção das estratégias de cuidado,

destacando a importância da gestão local e do controle social, como observei no 5º capítulo, sobre modelos de trabalho da AB:

XVIII: Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal." (PNAB, 2017, p. 24).

Embora a PNAB de 2017 incentivasse a participação ativa da população e dos trabalhadores em espaços deliberativos, como os conselhos locais de saúde, percebi que essa orientação apareceu de forma pontual e pouco aprofundada no documento. A ênfase no trabalho interdisciplinar e no compartilhamento de saberes, ainda que essencial, concentrou-se predominantemente na integração entre profissionais da saúde, com pouca menção a estratégias que incluíssem o saber popular ou a construção colaborativa de conhecimentos com a comunidade. Isso revelou um silenciamento sobre o potencial transformador da participação social como parte integrante da própria formação em saúde⁸¹.

Ao analisar o silenciamento sobre a participação social na PNAB 2017, compreendi que essa lacuna dialogava diretamente com o contexto político brasileiro pós-impeachment de 2016, marcado pela ascensão de um projeto neoliberal no Estado. Naquele momento, observei que houve um esvaziamento de espaços democráticos de participação popular, substituídos por uma lógica técnica e centralizadora, que priorizou decisões "de cima para baixo". Isso refletiu-se na própria elaboração da PNAB 2017: o processo de consulta pública durou apenas dez dias, tempo claramente insuficiente para debates aprofundados sobre uma política tão complexa. Além disso, percebi que o documento foi majoritariamente discutido entre gestores do Ministério da Saúde, CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), com pouca interlocução com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), principal instância de representação social do SUS.

Essa dinâmica, a meu ver, reforçou a marginalização da voz popular na construção da política. A participação social foi reduzida a atos consultivos formais, como os conselhos locais de saúde mencionados no texto, mas sem mecanismos efetivos de influência nas decisões. Tal cenário beneficiava um Estado interessado em acelerar reformas sem enfrentar contradições territoriais, como apontaram as atas das reuniões executivas da época, que priorizavam agendas técnicas em detrimento de debates amplos. Como consequência, a PNAB 2017, embora

⁸¹ O conceito de "silenciamento" neste contexto não se refere à mera ausência de menção, mas à produção de um efeito de invisibilidade ou marginalização de determinadas vozes e saberes, especificamente o saber popular e a participação social, no âmbito das políticas públicas.

inovadora em aspectos como interdisciplinaridade, manteve-se refém de uma lógica que desconsiderava saberes populares e a complexidade das realidades locais. Isso não apenas limitou o potencial transformador da participação social na formação em saúde, como também reproduziu hierarquias que reforçam a autoridade médica e estatal, tema central de minha pesquisa sob a ótica Foucaultiana.

Essa fragilidade contrastou com a abordagem da PNAB de 2011, que explicitamente vinculava a participação social à essência da Atenção Básica. Enquanto a versão anterior integrava os usuários na gestão das UBS e declarava práticas "democráticas e participativas" como fundamento do cuidado (PNAB, 2011, p. 2), a Política atual reduziu a participação a um mecanismo consultivo secundário. Na normativa antiga, a educação permanente incluía a participação popular como eixo estruturante (PNAB, 2011, p. 6), e os conselhos locais eram espaços de cogestão com usuários (PNAB, 2011, p. 6). Já na versão atual, a participação social é mencionada apenas em trechos isolados, sem conexão com a interdisciplinaridade ou a troca de saberes.

A redução desse enfoque na PNAB de 2017 sugeriu uma mudança de paradigma: a participação deixou de ser um princípio estruturante para tornar-se uma ferramenta acessória, o que reforça a hierarquização entre saberes técnicos e populares⁸². A interdisciplinaridade, nesse contexto, priorizou a articulação entre profissionais de saúde, sem avançar em mecanismos que garantissem o empoderamento da comunidade na definição de prioridades educativas ou na coconstrução de práticas de cuidado.

Assim, mesmo que a política propusesse um modelo de atenção "interdisciplinar, intersetorial e participativo", percebi que a participação da população restringiu-se a espaços consultivos, sem um diálogo efetivo com os saberes locais. Enquanto a Normativa de 2011 afirmava que a Atenção Básica deveria ser orientada por "lógicas mais centradas no usuário" (PNAB, 2011, p. 3), a versão de 2017 não avançou na integração entre conhecimento formal e

⁸² A hierarquização entre saberes técnicos e populares é um fenômeno complexo, que permeia as relações de poder no campo da saúde e da educação. Refere-se à valorização desproporcional do conhecimento científico formal em detrimento dos saberes práticos, experientialmente construídos pelas comunidades e pelos indivíduos. Essa dicotomia, que remonta, em parte, à emergência da medicina moderna e sua pretensão de objetividade e universalidade, tem sido criticada por pensadores da sociologia da saúde e da educação popular. Boaventura de Sousa Santos, por exemplo, em sua obra sobre a "sociologia das ausências" e "sociologia das emergências", argumenta que a ciência moderna, ao mesmo tempo que produz conhecimento, invisibiliza ou desqualifica outras formas de saber, criando hierarquias que limitam o potencial emancipatório das práticas sociais (cf. SANTOS, Boaventura de Souza: Um Discurso sobre as Ciências; Edições Afrontamento; Porto; 1988). A superação dessa hierarquia é fundamental para a construção de uma Atenção Básica dialógica e equitativa, que reconheça a validade e a complementaridade de todos os saberes envolvidos no processo de cuidado.

saberes comunitários, limitando a efetivação de uma Atenção Básica verdadeiramente dialógica e centrada na autonomia das comunidades.

Em síntese, ao comparar a PNAB 2011 com a de 2017, observei que, apesar da retórica que propõe a interdisciplinaridade e o compartilhamento de saberes, a nova política relegou a participação social a um papel consultivo e fragmentado, evidenciando uma hierarquização entre saberes. Percebi, ainda, que essa limitação distanciou a prática dos princípios freireanos da Educação Popular em Saúde, cuja Política Nacional de 2013 sequer foi citada no texto da PNAB de 2017, e que defendem a cogestão e a construção coletiva do conhecimento como elementos fundamentais para a transformação das práticas de cuidado. Tais constatações ressaltam os desafios na efetivação de uma Atenção Básica verdadeiramente dialógica e centrada na autonomia dos sujeitos. À luz dessa análise, o setor de Educação em Saúde configura-se como o próximo eixo de reflexão nesta pesquisa.

3.2.7 Educação em Saúde

A PNAB de 2017, ao incorporar princípios da Educação Popular em Saúde (EPoS), sinalizou um movimento no remodelamento da atenção à saúde, centrado nas necessidades da população. A proposta de um trabalho compartilhado entre os profissionais de saúde buscou garantir que as ações fossem mais acessíveis e adequadas às realidades locais. Nesse sentido, o incentivo à colaboração entre as equipes de saúde representou um aspecto positivo, pois facilitou a compreensão das necessidades das comunidades e permitiu a adaptação dos serviços às suas especificidades. Além disso, essa abordagem conectou-se com a autonomia das(os) usuárias(os) e a promoção do autocuidado, um dos pilares da EPoS.

Ao examinar o documento, percebi que ele refletiu a incorporação indireta de alguns princípios da EPoS. Um dos aspectos dessa evolução foi a proposta de envolver a comunidade na formulação e implementação das ações de cuidado em saúde, com o objetivo de promover a autonomia e a corresponsabilização dos indivíduos sobre sua qualidade de vida. A normativa destacou a relevância de:

Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (PNAB, 2017, p. 7).

Em minha dissertação, percebi que este trecho dialogou com a ideia de promoção da saúde⁸³, reconhecendo a importância dos determinantes sociais e a articulação entre diferentes setores para melhorar a qualidade de vida da população. A Educação Popular em Saúde, que compreendeu a educação em saúde como um processo dialógico e emancipatório, também valorizou os saberes populares e fortaleceu as comunidades para que pudessem atuar sobre seus próprios determinantes de saúde. No que tange à intersetorialidade, identifiquei que ela contribuiu para que as ações educativas fossem mais abrangentes, promovendo a colaboração entre saúde, educação e assistência social. O documento destacou a necessidade de "desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, organizações sociais e demais atores comunitários, promovendo iniciativas conjuntas de educação em saúde e prevenção de agravos" (PNAB, 2017, p. 23).

Além disso, ao afirmar que deveria haver "planejamento estratégico situacional em saúde, que fosse ascendente e envolvesse a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários)", a PNAB reforçou que a participação comunitária deveria estar na organização das ações de saúde (PNAB, 2017, p. 22). Esse foco na participação pode ser interpretado como um movimento para democratizar o acesso à saúde, aproximando os serviços da população e promovendo um espaço de construção coletiva do cuidado.

A implementação da promoção da saúde, conforme descrita na PNAB, alinou-se à abordagem da EPoS, que viu a educação em saúde como um processo emancipatório. A ênfase no respeito à autonomia do usuário e no desenvolvimento de comportamentos saudáveis, como parte das estratégias de promoção da saúde, refletiu a preocupação com a integralidade do cuidado. O documento assinalou que "a promoção da saúde deve considerar a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe" (PNAB, 2017, p. 22), o que convergiu com a visão da EPoS sobre o papel dos determinantes sociais na saúde. Ao posicionar a promoção da saúde como princípio para o cuidado, a PNAB aglutinou elementos da EPoS ao utilizar a educação como ferramenta para empoderar os indivíduos na

⁸³ A promoção da saúde, como abordada na PNAB e em consonância com a Educação Popular em Saúde, transcende a mera prevenção de doenças, buscando influenciar positivamente os determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais da saúde. Seu arcabouço conceitual foi amplamente desenvolvido a partir da Carta de Ottawa (1986), que a definiu como o processo de capacitar as comunidades para aumentar o controle sobre sua saúde e, assim, melhorá-la. Envolve a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a reorientação dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas saudáveis. Diferente de uma abordagem puramente biomédica, a promoção da saúde enfatiza a intersetorialidade e a participação social como eixos fundamentais para a produção de saúde e bem-estar (cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018; CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003).

construção de modos de vida mais saudáveis e sustentáveis. A proposta destacou a necessidade de "estratégias transversais que estimulassem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis" (PNAB, 2017, p. 22). Nesse contexto, não houve uma limitação à simples transmissão de informações, mas o envolvimento das pessoas no processo de aprendizagem, respeitando suas realidades.

Finalmente, a promoção da autonomia do indivíduo foi um dos destaques da PNAB. Nesse contexto, o documento apontou a necessidade de "ações educativas por parte das equipes que atuavam na AB, que deveriam ser sistematizadas de forma que pudessem interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários" (PNAB, 2017, p. 23). Ao procurar promover a capacitação das comunidades, a PNAB aproximou-se do pensamento da Educação Popular em Saúde, que visou a transformação social por meio da educação e mudança de atitudes.

Além disso, o incentivo à autonomia e ao autocuidado, também presente na PNAB, representou um avanço. A proposta de usar a educação como ferramenta para que os indivíduos compreendessem e pudessem intervir em seu próprio processo de saúde e adoecimento foi colocada no texto da normativa. Nesse sentido, o documento reforçou a importância fundamental de ações como:

Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, que devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários (PNAB, 2017, p. 23).

Esse trecho reflete a intenção de promover a autogestão dos indivíduos e das coletividades, proporcionando-lhes o conhecimento necessário para atuarem de forma autônoma em sua saúde. No entanto, apesar dos avanços, observei que a Educação em Saúde (ES) ainda apresenta lacunas. A forma como o conceito é pouco operacionalizado no documento evidencia uma espécie de silenciamento. Embora a normativa reconheça a importância da educação no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), ela não detalha adequadamente a participação efetiva da comunidade nem a valorização dos saberes populares.

Ao mencionar o "silenciamento" na operacionalização da Educação em Saúde, referi-me às lacunas que vivenciei na ESF São Vicente/Itu, em Santiago/RS. Por exemplo, ao planejar atividades educativas, percebi que priorizávamos saberes técnicos sem consultar os desejos das(os) usuárias(os), improvisando estratégias desconectadas de metodologias dialógicas como

as de Paulo Freire — que só conheci no mestrado. A PNAB 2017, embora cite sutilmente a EPoS, não orienta práticas freirianas, revelando uma contradição entre o discurso e a operacionalização. Isso ecoou o contexto pós-2016: na gestão municipal durante a pandemia, participei da criação de protocolos centralizados, sob pressão, com participação social reduzida a formalidades. A ausência de diretrizes participativas na PNAB reforça a autoridade médica, privilegiando saberes técnicos (como nos protocolos COVID rígidos) e negligenciando a biosofia construída com a comunidade, que propõe uma sabedoria de vida integrando conhecimento científico e saberes cotidianos, enfatizando o cuidado ético, a educação integral e a relação interdependente entre seres humanos e o meio ambiente, conforme Schäffer e Cassol (2023). Como alertam Mattioni e Rocha (2020), esse silenciamento é também sintoma do neoliberalismo na saúde, que substitui a democratização por eficiência técnica, consolidando hierarquias que minha pesquisa analisa sob a ótica Foucaultiana.

Outro exemplo disso é a definição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como espaços privilegiados para a educação, formação de recursos humanos e inovação no cuidado. O documento afirma que "todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS" (PNAB, 2017, p. 2). No entanto, esse foco esteve majoritariamente na qualificação técnica dos profissionais e não na educação da população. Embora a Educação em Saúde devesse ser um processo dialógico que envolvesse a participação ativa dos sujeitos, a diretriz não apresenta metodologias que favoreçam esse protagonismo da comunidade.

A Educação Permanente em Saúde, já abordada anteriormente, avançou ao propor estratégias como Cooperação Horizontal e Apoio Institucional, que poderiam favorecer a troca de saberes entre profissionais de diferentes áreas. Contudo, notei que a PNAB ainda foca predominantemente na capacitação técnica das equipes, sem garantir a participação ativa da comunidade nesse processo, limitando-se à qualificação interna dos serviços. Nesse contexto, a recomendação para que as equipes realizem ações educativas conforme seu planejamento interno reforça uma relação verticalizada, onde a(o) usuária(o) permanece com um papel passivo. A normativa delibera que as equipes devem "realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público" (PNAB, 2017, p. 15). Embora esse trecho estivesse no documento, a minha percepção reside no fato de que ele não detalha metodologias participativas que poderiam envolver ativamente os sujeitos no processo educativo, como rodas de conversa ou seminários. Além disso, no que diz respeito aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a

portaria carece de diretrizes específicas para sua atuação educativa, o que limita ainda mais o potencial de participação ativa da comunidade nesse modelo.

Em outro aspecto, embora o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tivesse como princípio o compartilhamento de saberes, percebo que o documento não explica como essa troca deve ocorrer na prática. A PNAB estabelece que os profissionais do NASF-AB devem:

[...] realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais (PNAB, 2017, p. 11).

Percebo que a lacuna de detalhes metodológicos pode prejudicar o potencial dessa proposta, visto que o texto não evidencia como tais atividades devem ser desenvolvidas nem como devem ser implementadas, especialmente em relação à participação popular. Esse aspecto permanece ambíguo, dependendo da interpretação individual de cada profissional, sem uma orientação específica sobre como a comunidade deve ser envolvida de forma eficaz.

No entanto, a linguagem adotada está ampla e genérica, não apresentando estratégias claras para garantir que os sujeitos participem ativamente na construção do conhecimento. A participação social, embora mencionada, é abordada de maneira superficial, sem propostas concretas para assegurar a cogestão. A PNAB sugere que a população participe de conselhos de saúde, mas não especifica como isso pode ser realizado de maneira significativa. O documento afirma que também faz parte do processo de trabalho da AB o "apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde e articulando a participação dos trabalhadores e da comunidade" (PNAB, 2017, p. 24).

Embora a PNAB procure institucionalizar a Educação em Saúde na APS, ela ainda reflete um modelo de transmissão vertical de conhecimentos, no qual o planejamento se mantém centralizado nas equipes técnicas. A ausência de metodologias participativas e a ênfase nos saberes científicos em detrimento dos saberes populares indicam a necessidade de um maior alinhamento com os princípios da Educação Popular em Saúde.

De modo geral, ao observar as diretrizes e os princípios da PNAB 2017, percebo que, apesar da tentativa de promoção da saúde, o modelo proposto ainda se mostra centralizador e carece de uma verdadeira inclusão dos saberes populares e das práticas locais. A forma genérica como as ações educativas e de promoção de saúde são tratadas, sem uma devida especificação sobre a participação comunitária, faz com que a balança incline, em minha análise, para o lado negativo. O processo de educação ainda está distante de um modelo que favoreça a colaboração

e o protagonismo dos usuários. A falta de detalhamento metodológico e de estratégias claras para garantir um envolvimento real da comunidade limita a efetividade da proposta, comprometendo, assim, a concretização de uma educação em saúde que seja verdadeiramente democrática e inclusiva.

Essa análise evidencia um modelo tradicional de educação em saúde, no qual a comunidade ocupa um papel secundário. Diante disso, a transição para a pesquisa sobre "Autoridade Médica" torna-se extremamente relevante, pois essa dinâmica de poder, centrada no saber técnico e científico, também se reflete nas relações de autoridade no cuidado. A análise desse quesito pode ajudar a compreender as limitações da Política.

3.3 Autoridade médica e subjetividade profissional

A Portaria nº 2.436/2017 buscou responder a desafios históricos do sistema de saúde brasileiro, ao estabelecer diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao promover um modelo menos hospitalocêntrico e mais comunitário, a política se baseou na territorialização (Art. 3º, II, b) e na integração entre vigilância em saúde e atenção primária (Art. 5º). Além disso, destacou princípios fundamentais como a resolutividade (Art. 3º, II, e) e a longitudinalidade do cuidado (Art. 3º, II, f), reforçando a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do SUS (Art. 2º, § 1º). A política também enfatizou a necessidade de garantir acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde, sem exclusões baseadas em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (Art. 2º, § 3º). Esses aspectos, na minha perspectiva, foram essenciais para a integralidade na assistência.

Ainda, a PNAB buscou superar fragmentações no cuidado e fortalecer a coordenação tripartite (Art. 7º), assegurando responsabilidades bem definidas entre os entes federativos (Arts. 8º a 10º). Além de sua função estruturante, a política valorizou a atuação da equipe multiprofissional como pilar do cuidado (Art. 2º), promovendo a colaboração entre médicas(os), enfermeiras(os), agentes comunitárias(os) de saúde e demais profissionais. O incentivo à Formação e Educação Permanente em Saúde (Anexo, Cap. 5, XIX) reforçou a qualificação contínua desses trabalhadores(as), contribuindo para o aprimoramento da atenção oferecida à população. Dessa forma, a PNAB se alinhou ao conceito de atenção primária proposto por Starfield (2002), que defendeu a oferta de serviços diversificados e acessíveis para atender às necessidades multidimensionais da população. Assim, a política não apenas

consolidou estratégias anteriores a ela, mas também propôs ajustes para garantir maior efetividade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

No capítulo anterior, analisamos os princípios da Política com relação à educação em saúde, enfatizando seu compromisso com a interprofissionalidade, a formação e a educação permanente em saúde. No entanto, ao adentrar em alguns detalhes da operacionalização dessa política nos serviços de saúde, evidenciamos algumas contradições que merecem análise crítica. Embora a PNAB propusesse uma abordagem interdisciplinar e participativa, a prática cotidiana nos territórios revelou tensões entre seu discurso normativo e as dinâmicas reais de trabalho das equipes de atenção primária, como discuti no Estado do Conhecimento nos trabalhos de Goldenzweig (2020), Stelet (2020), Bezerra (2019), Arruda (2020), Castro (2020), Boeff (2019) e Bonfim (2022).

Uma das minhas questões que emergiram desse cenário referiu-se à estruturação da autoridade médica na PNAB e sua influência sobre os espaços de cogestão e compartilhamento de saberes. Ao estabelecer diretrizes como a centralidade da Estratégia Saúde da Família (Art. 4º) e a necessidade do uso de “ferramentas de Gestão da Clínica” – como protocolos clínicos padronizados, diretrizes clínicas e linhas de cuidado (Anexo, Cap. 5, VII) –, a política configurou uma governança que, embora essencial para a coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), reforçou hierarquias funcionais e concentrou o poder decisório em instâncias técnicas específicas. Essa dinâmica, apesar de contribuir para a uniformidade das ações, gerou-me questionamentos sobre como os saberes não biomédicos e os processos de cogestão se articularam em um modelo que priorizou a eficiência normativa, como também observei no caso da Educação.

A ambiguidade nas atribuições de responsabilidades dentro das equipes da Atenção Primária tornou-se compreensível para mim ao analisar a normativa da PNAB. Apesar da defesa da interdisciplinaridade, dispositivos como realizar "pequenos procedimentos cirúrgicos" (Anexo, 4.2.1, II), encaminhar, "quando necessário, usuários a outros pontos de atenção" (Anexo, 4.2.1, IV) ou indicar "a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar" (Art. 4.2.1, V) destacaram o papel decisório da(o) médica(o) em algumas situações, restringindo a atuação de outros profissionais nesses quesitos⁸⁴.

⁸⁴ A interdisciplinaridade, no campo da saúde, refere-se à integração e articulação de diferentes disciplinas e saberes profissionais para uma abordagem mais complexa e integral dos fenômenos de saúde-doença. Diferente da multidisciplinaridade (que justapõe saberes) ou da transdisciplinaridade (que os transcende), a interdisciplinaridade pressupõe a colaboração ativa e a troca recíproca de conhecimentos entre os membros da equipe, visando a uma construção conjunta do cuidado. No contexto do SUS e da Atenção Primária, a busca pela interdisciplinaridade é um ideal que visa a superar a fragmentação do cuidado e a hegemonia de um único saber, mas sua efetivação enfrenta desafios estruturais, legais e corporativos. A literatura destaca a

Agora, percebi algo interessante com relação à prescrição de exames – o que ilustra a luta de classes profissionais. Da prescrição de exames, uma atividade que não é exclusiva da Medicina, em outubro de 2017, após a promulgação da PNAB 2017, uma liminar judicial fez com que enfermeiros parassem de solicitar exames (COREN-MT, 2017). O juiz federal Renato Borelli argumentou que, embora a Portaria nº 2.488/2011 (a PNAB 2011) permitisse tal prática, a Lei 7.498/1986, que rege a enfermagem, estabelece que o enfermeiro deve obedecer às determinações médicas, exceto em situações legais específicas (algo que não condiz com a realidade, haja vista que tal artigo foi vetado por José Sarney ainda em 1986). Em sua sentença, Borelli destacou:

[...] Não obstante tal possibilidade, a lei que rege a profissão de enfermeiros não autoriza tais procedimentos, além de estabelecer que o enfermeiro deverá obedecer as determinações prescritas pelo médico, salvo as situações legais previstas. Confira-se: [...] Art. 14. São deveres de todo o pessoal de enfermagem: a) respeitar fielmente as determinações prescritas pelo médico. (CFM, [s.d.], p. 3).

Essa persistente judicialização revela a resistência corporativista à ampliação de atribuições de outras categorias, reforçando uma estrutura legal que privilegia a(o) médica(o) como detentor exclusivo do saber "legítimo".

Retornando à análise do texto da PNAB, percebi que, ao mesmo tempo que ela detalha as atribuições do enfermeiro como "realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas" (Anexo, Art. 4.2.1, II), não menciona explicitamente tais procedimentos como atribuições médicas, bastando mencionar que é atividade "realizar consultas clínicas" (Anexo, 4.2.1, II) ou "exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação" (Anexo, 4.2.1, VII). Para verificar tais atividades, precisei fazer uma leitura da Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013) que reforça a hierarquia ao definir várias atividades como exclusivas da(o) profissional médica(o), entre elas o mais específico, "a determinação da doença que acomete o ser humano" (Brasil, 2013, art 4º § 1º) ou seja, o diagnóstico nosológico⁸⁵.

importância da comunicação, do respeito mútuo e da negociação para a construção de práticas interdisciplinares efetivas, que reconheçam a complementariedade dos diferentes campos do saber.

⁸⁵ O diagnóstico nosológico refere-se à identificação e classificação de doenças com base em critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos, de acordo com sistemas de classificação internacionais (como a CID - Classificação Internacional de Doenças). Historicamente, essa atribuição consolidou-se como um pilar central da prática médica, conferindo-lhe autoridade e poder no campo da saúde. Entretanto, a ênfase exclusiva no diagnóstico nosológico pode, em alguns contextos, limitar a compreensão ampliada do processo saúde-doença, negligenciando dimensões psicossociais, culturais e contextuais da experiência do adoecer. A Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013) ao delimitar a "determinação da doença" como atribuição exclusiva do médico, gera

Apesar de garantir uma organização do cuidado pautada em critérios técnicos, a normativa contém uma hierarquia funcional que, embora não seja intencional, é fruto de uma construção histórica. O discurso biomédico, como sustenta Foucault (1977) em “O Nascimento da Clínica”, tem suas raízes no olhar clínico, que transforma o paciente em um objeto de análise:

[...] Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só o toma em consideração para colocá-lo entre parênteses. Claro, é preciso conhecer «a estrutura interna de nossos corpos»; mas isso para melhor subtraí-la e libertar, sob o olhar do médico, «a natureza e a combinação dos sintomas, das crises e das outras circunstâncias que acompanham as doenças». Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença. O doente, mas também o médico. Sua intervenção será violenta, se não estiver estritamente submetida à ordenação ideal da nosologia: «o conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença»; o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, à plenitude positiva que está diante dele - o doente -, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distâncias em que aparecem como em negativo «os signos que diferenciam uma doença de uma outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda, a maligna da benigna». (Foucault, 1977, p.7)

Esta leitura médica conferiu ao profissional o poder de hierarquizar as relações dentro do campo da saúde. A interpretação, o julgamento e a determinação da cura dependeram da subjetividade do médico, que, ao longo da história, se consolidou como a figura central no processo de diagnóstico e tratamento. No documento analisado, essa autoridade foi implicitamente reforçada, não por uma escolha deliberada ou malícia, mas como resultado de uma construção histórica que privilegiou o saber biomédico.

No texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o protagonismo da comunidade no processo de cuidado foi silenciado, evidenciando uma tensão entre a normatização técnica e a participação democrática. A centralidade do saber biomédico, portanto, perpetuou uma lógica que marginalizou outros saberes e práticas, reforçando a hierarquia funcional. No contexto da PNAB, isso se traduziu na prevalência do saber biomédico sobre práticas populares e interprofissionais, configurando uma tensão entre o modelo normativo da política e sua execução prática nos territórios. Essa problemática também se refletiu na educação em saúde, como discuti no capítulo anterior. Apesar das atribuições importantes de enfermeiras(os) e cirurgiãs(ões)-dentistas, como a realização de consultas, procedimentos e encaminhamentos, a normativa estabeleceu que decisões críticas,

tensões com o princípio da integralidade do cuidado e com a autonomia de outros profissionais de saúde, que realizam diagnósticos de enfermagem, psicossociais, funcionais, entre outros. Essa delimitação legal reflete uma disputa de saberes e poderes que remonta à constituição da clínica moderna, onde o “olhar médico” (Foucault, 1977) se estabeleceu como a visão privilegiada sobre o corpo doente.

como internações e prescrições de medicamentos, foram de responsabilidade exclusiva do médico.

Ao delimitar competências técnicas — como a responsabilidade da(o) médica(o), juntamente com enfermeiras(os) e cirurgiões(ãs)-dentistas, pela "coordenação do cuidado" (Art. 4.2.1, III) e pela "realização de consultas clínicas conforme protocolos" (Art. 4.2.1, II), além da atribuição médica exclusiva da "indicação de internações" (Art. 4.2.1, V) — percebi que a PNAB estabeleceu uma hierarquização funcional baseada na formação acadêmica. Embora essa organização seja estratégica para a estruturação da RAS, ela conferiu também ao campo médico um protagonismo na condução clínica, refletindo tanto a necessidade de resolutividade (Art. 3º, II, e) e segurança nas práticas quanto uma tradição histórica de valorização do saber biomédico nos processos de saúde.

Além da normatização oficial e da história do conhecimento, sugeri que outros fatores influenciaram a subjetividade da(o) profissional médica(o). Observou-se a medicalização de questões sociais, como a crescente pressão por diagnósticos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças com dificuldades escolares. Estudos como os de Silva (2020) e Arruda (2020) demonstraram como essa prática reduziu comportamentos complexos a transtornos neurológicos, negligenciando fatores socioeducacionais e contextuais. Essa lógica de patologização, orientada por um saber científico que reforçou a autoridade médica, também se refletiu na redução da subjetividade do usuário a um "caso clínico", conforme discutido por Stelet (2020).

Ademais, nos documentos normativos oficiais, notei como os Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 36 e 37 estruturaram a assistência com base em metas e diretrizes predefinidas pelos profissionais. Embora esses protocolos tenham sido essenciais para padronizar o cuidado, eles limitaram a escuta ativa e o protagonismo da(o) usuária(o) no seu próprio processo de saúde, tornando o atendimento mais técnico e menos sensível às especificidades individuais⁸⁶.

⁸⁶ Os protocolos e diretrizes padronizadas, embora essenciais para a organização dos serviços de saúde, a garantia de qualidade e a segurança do paciente, podem, se aplicados rigidamente, limitar a flexibilidade do cuidado e a atenção às singularidades dos usuários. A preocupação reside no potencial de transformar o ato clínico em uma sequência de passos burocráticos, diminuindo o espaço para a escuta qualificada, a negociação e a construção conjunta de projetos terapêuticos. A crítica a essa padronização excessiva advoga por uma abordagem que equilibre a eficiência técnica com a sensibilidade às necessidades individuais, reconhecendo que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado dinâmico de bem-estar que envolve múltiplas dimensões. Essa tensão entre a normatização e a personalização do cuidado é um debate constante no campo da saúde, influenciando diretamente a autonomia dos profissionais e a capacidade de resposta dos sistemas às demandas complexas da população (cf. MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento

A análise da PNAB 2017 revelou que a construção da "autoridade médica" nos documentos normativos ocorreu por meio de dispositivos legais e hierarquias funcionais que privilegiaram o saber biomédico. A normativa, embora tenha defendido a interdisciplinaridade, delimitou atribuições exclusivas aos médicos (como internações e diagnósticos), reforçando sua centralidade decisória. A judicialização, exemplificada pela liminar que restringiu enfermeiros de solicitar exames, evidenciou a resistência corporativista e a sustentação legal de uma estrutura que consagrou o médico como detentor do saber "legítimo". Foucault (1977) auxiliou a compreender essa dinâmica: o discurso biomédico, historicamente enraizado no "olhar clínico", transformou o paciente em objeto de análise, marginalizando saberes populares e práticas não hegemônicas. Apesar de avanços como a defesa e ampliação de atribuições de outros profissionais componentes das equipes de APS, a PNAB manteve tensões entre normatização técnica e participação democrática, com o protagonismo comunitário silenciado e reproduzindo hierarquias construídas temporalmente que impactaram as práticas educativas.

Logo, essa conclusão preparou o terreno para a análise das relações de saber-poder na próxima seção. Sob a ótica Foucaultiana, foi possível explorar como o documento orientador da AB pôde apenas refletir, mas produziu dinâmicas de poder.

3.4 Saber/Poder no Diálogo Médica(o)-Usuária(o) na PNAB 2017

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, ao reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), reorganizou a Atenção Básica (AB) como eixo estruturante do sistema. Seu texto normativo propôs a ampliação do acesso a serviços essenciais (Art. 7º, V), a incorporação de tecnologias diversificadas — diagnósticas e terapêuticas — (Anexo, Cap. 2) e a flexibilização de arranjos de equipes para adaptação a contextos locais (Art. 4º, parágrafo único), como populações ribeirinhas ou em situação de rua (Anexo, Cap. 3). Contudo, essa modernização coexistiu com dinâmicas que refletiram hierarquizações de saberes e processos de regulação, aspectos que puderam ser analisados criticamente à luz de referenciais teóricos como as relações de saber-poder foucaultianas.

Primeiro, a normativa, ao articular a clínica ampliada e a vigilância em saúde (Art. 5º), trouxe uma proposta inovadora ao ampliar o escopo das ações para além do modelo biomédico tradicional. No entanto, essa articulação também operou como um mecanismo de controle que

redefiniu as práticas profissionais sob uma lógica de eficiência e de gestão tecnificada. A exigência de "alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve-duras e duras" (p. 7), não buscou apenas qualificar o cuidado, mas também institucionalizou formas de vigilância sobre o trabalho das equipes, como o prontuário eletrônico e o Telessaúde. Essas ferramentas, embora úteis para otimizar processos e melhorar a organização do sistema, reforçaram a racionalidade técnica como critério hegemônico de validação do saber em saúde. Isso resultou na subordinação de práticas locais e subjetivas a protocolos padronizados, limitando a flexibilidade e a adaptação às particularidades de cada contexto. Essa abordagem contrastou com o Cuidado Centrado na Pessoa⁸⁷, que priorizou a individualidade, envolvendo a pessoa, família e comunidade no cuidado de saúde, promovendo autonomia, decisões informadas e uma vida plena e independente (p. 6).

Também observei que a incorporação do telessaúde e de protocolos de encaminhamento como ferramentas de gestão e cuidado expôs uma dupla função: orientar decisões clínicas e modular a avaliação de solicitações por médicos reguladores. Essas tecnologias, embora úteis, atuaram como instrumentos de normalização, onde o acesso a serviços especializados foi mediado por critérios técnicos validados centralmente. Isso criou uma hierarquia implícita: o saber dos especialistas (ou dos protocolos) sobrepôs-se ao julgamento clínico local, reforçando assimetrias entre níveis de atenção. Ao atribuir à gestão municipal a tarefa de "ordenar fluxos" e "gerir referências" (p. 7), a PNAB reforçou uma estrutura verticalizada de governança, onde a Atenção Básica foi "primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema" (p. 7), funcionando como filtro regulatório para serviços especializados. Essa centralização do poder de regulação pôde restringir o acesso direto dos usuários, subordinando suas necessidades a critérios de eficiência administrativa, bem como sobrecarregar as(os) profissionais, já que, nesta seara, as equipes de AB "deviam receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes" (p. 6).

A dinâmica de saber-poder no diálogo entre médicas(os) e usuárias(os) na normativa revelou-me como um campo de tensões entre a ampliação do acesso e a racionalidade técnica

⁸⁷ O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), ou Person-Centered Care, é um modelo de assistência que vai além da abordagem biomédica tradicional, reconhecendo o indivíduo em sua totalidade — suas experiências, valores, preferências e contextos de vida. Emergiu com força nas últimas décadas, influenciado por pensadores como Carl Rogers, no campo da psicologia humanista, e por movimentos de humanização na saúde. Sua premissa é que o cuidado deve ser co-construído com o paciente, que é visto como um parceiro ativo no processo de tomada de decisões sobre sua saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem promovido o CCP como um pilar para a qualidade dos serviços de saúde, enfatizando a comunicação efetiva, o respeito mútuo e a autonomia do paciente. Não se trata apenas de cortesia, mas de uma reorientação filosófica e prática do cuidado. (cf. ROGERS, Carl R. Tornar-se pessoa. Tradução de Manuel José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamfarteli. Revisão técnica de Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1997).

que permeou as práticas de saúde. O documento, ao enfatizar a "alta resolatividade" e a incorporação de tecnologias, estabeleceu um modelo de cuidado que, embora buscasse eficiência, pôde distanciar-se da construção de vínculos e da escuta qualificada, elementos essenciais para a humanização do atendimento. Essa lógica pôde fragilizar a relação médica(o)-usuária(o), tornando-a mais burocrática e menos dialógica. Assim, a PNAB 2017, ao tentar equilibrar a modernização tecnológica com os princípios do SUS, reforçou uma estrutura de poder que privilegiou o tecnicismo⁸⁸ em detrimento da singularidade dos sujeitos e das comunidades, desafiando a efetivação de um cuidado centrado na pessoa.

Noutro exemplo, com relação à microrregulação, evidenciada na recomendação de "gestão de filas próprias da UBS" e "exames descentralizados/programados" (p. 7), também transferiu o poder decisório para sistemas burocráticos, reduzindo a autonomia das(os) profissionais em favor de diretrizes técnicas preestabelecidas. Essa estrutura levou os profissionais a internalizarem essas regras, atuando como "guardiões da porta de entrada do SUS", utilizando os conhecimentos adquiridos por meio da microrregulação como forma de exercer um poder que, muitas vezes, desconsiderou as particularidades de cada usuária(o). Goldenzweig (2020) abordou essa questão em outros termos, destacando como a normatização técnica pôde silenciar narrativas individuais e reforçar hierarquias de poder no sistema de saúde. Embora essa padronização pudesse trazer ganhos em termos de eficiência e organização, ela também reforçou a hegemonia do saber institucional sobre o saber prático e contextualizado dos trabalhadores da AB.

Dessa forma, a centralidade do olhar médico na PNAB, embora justificada pela busca de eficiência — especialmente na elaboração do diagnóstico, já que a clínica dependeu da interpretação dos sinais e sintomas das(os) usuárias(os) para formular hipóteses e programar o cuidado —, refletiu uma tradição histórica que remontou ao saber biomédico. Esse saber, discutido por mim no capítulo anterior, foi a base para a medicina moderna e influenciou profundamente as ciências nos séculos XVIII e XIX, como destacado por Foucault (1977). O filósofo analisou como o olhar clínico se tornou um instrumento de poder, organizando o conhecimento médico em torno da observação, classificação e intervenção sobre os corpos,

⁸⁸ O tecnicismo refere-se à predominância de uma racionalidade instrumental e calculista nas práticas de saúde, onde a eficiência e a padronização, mediadas por tecnologias e protocolos, se sobrepõem à complexidade e à singularidade das experiências humanas. Essa preocupação com a padronização excessiva e a desumanização do cuidado encontra forte ressonância no campo da saúde pública brasileira, sendo um dos fundamentos da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. A PNH (BRASIL, 2013), lançada em 2003, propõe um conjunto de princípios e diretrizes para o SUS que visam à qualificação do cuidado e da gestão, enfatizando a valorização do sujeito, a integralidade da atenção e o protagonismo dos usuários e trabalhadores. Ela busca desconstruir a hegemonia de modelos que priorizam o procedimento em detrimento do cuidado, promovendo o acolhimento, a escuta qualificada, a construção de vínculos e a cogestão.

consolidando uma lógica que se refletiu nas práticas de saúde contemporâneas, como as estabelecidas pela PNAB.

Consequentemente, a centralização do saber médico no documento tendeu a marginalizar outras formas de conhecimento, como saberes populares ou experiências subjetivas das(os) usuárias(os), evidenciando a dinâmica de saber-poder que privilegiou o conhecimento técnico-científico. Por exemplo, a estratificação de risco (Anexo, Cap. 5), ao categorizar indivíduos conforme parâmetros clínicos pré-definidos, ilustrou como a política operou por meio de uma lógica de normatividade que definiu padrões de "normalidade" e "patologia" (Canguilhem, 2020). Foucault (2008c) destacou que tais mecanismos não foram neutros, mas intrínsecos a relações de poder que moldaram subjetividades. Tal processo ecoou as críticas presentes no artigo de Pommer e Rocha (2015) intitulado "Nau da Liberdade", que denunciou a rigidez das instituições tradicionais de saúde mental em contraste com práticas rizomáticas de cuidado, como o teatro terapêutico. O saber médico, ao impor esses padrões, exerceu um controle sobre os corpos e as experiências das(os) usuárias(os), reforçando uma hierarquia que colocou o conhecimento biomédico no topo. Estudos empíricos, como os de Goldenzweig (2020), Bezerra (2019), Martinez (2019) e Boeff (2019), corroboraram essa crítica ao evidenciar que a normatização técnica frequentemente silenciou narrativas individuais, reduzindo a complexidade do cuidado a protocolos. Essa dinâmica de saber-poder não apenas reforçou a hegemonia do saber técnico-científico, mas também subordinou outras formas de conhecimento.

A marginalização da experiência da(o) usuária(o) na Política refletiu a imbricação entre saber e poder analisada por Foucault. O saber médico, longe de ser neutro, atuou como instrumento regulador que definiu normas (saudável/patológico) e exerceu biopoder sobre corpos e subjetividades (Foucault, 2008a). No documento, essa dinâmica se materializou na hierarquização de saberes: o conhecimento técnico-científico, legitimado como norma, subjugou saberes populares e experiências vividas, reduzindo a(o) usuária(o) a objeto de intervenção (Goldenzweig, 2020). A normativa, ao centralizar decisões em protocolos e na autoridade médica, reforçou um modelo bancário (Bezerra, 2019), em que o diálogo foi substituído por imposição unilateral de padrões. Isso não apenas silenciou vozes alternativas, mas também transformou a relação médica(o)-usuária(o) em espaço de dominação, onde o poder técnico se perpetuou como controle social, distanciando-se da construção de autonomia e participação ativa preconizadas pelo SUS.

Por fim, a justificativa de "evitar exposição a procedimentos desnecessários" e "indução ao uso racional de recursos" (p. 7) mascarou tensões entre eficiência e equidade na PNAB 2017.

A padronização de fluxos, embora aparentemente neutra, pôde negligenciar contextos locais e vulnerabilidades específicas, como populações rurais ou periféricas com menor acesso a tecnologias. A “equidade” promovida operou dentro de limites definidos pelo sistema, sem questionar desigualdades estruturais. Além disso, a ênfase em novas tecnologias disciplinou corpos e práticas: ao monitorar cada etapa do processo (solicitação de exames, regulação), criou-se um panóptico digital⁸⁹ que avaliou profissionais e usuários pela adesão às normas. Isso reforçou a medicalização da vida e lógicas produtivistas, em que o “bom desempenho” foi medido por indicadores quantitativos, não por resultados qualitativos.

A centralidade dos indicadores, no entanto, não foi exclusividade da PNAB 2017. Tratou-se de uma continuidade de diretrizes anteriores, como a primeira Política Nacional da AB (2006), que já estabeleceu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica para “metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados” (PNAB, 2006, p. 11-12). Esse modelo se consolidou com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde. Conforme descrito em portal oficial do governo, o PMAQ-AB visou incentivar gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços por meio de avaliação contínua, vinculando repasses federais ao cumprimento de padrões de desempenho. O programa estruturou-se em ciclos de adesão, monitoramento e bonificação financeira, reforçando a lógica de que a qualidade do atendimento devia ser mensurada por critérios técnicos pré-definidos (Brasil, 2011).

Assim, a PNAB 2017 não apenas manteve, mas aprofundou uma cultura de avaliação baseada em métricas, herdada de políticas anteriores. Se, por um lado, isso buscou transparência e eficiência, por outro, cristalizou hierarquias de saber-poder: a adesão a protocolos técnicos sobrepôs-se à adaptação às singularidades territoriais, restringindo a autonomia das equipes e a participação ativa dos usuários na construção do cuidado.

Ao analisar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 sob a ótica do saber-poder, percebi que, embora a política buscasse modernizar e flexibilizar a Atenção Básica, ela

⁸⁹ O conceito de “panóptico digital” é uma transposição contemporânea do “Panóptico” de Jeremy Bentham, popularizado por Michel Foucault em Vigiar e Punir (1999). O Panóptico original era um modelo arquitetônico de prisão que permitia a um único guarda observar todos os prisioneiros sem que estes soubessem se estavam sendo observados, gerando uma vigilância constante e internalizada. No contexto digital, o ‘panóptico digital’ refere-se aos sistemas de monitoramento e controle que, através de tecnologias de informação e comunicação (prontuários eletrônicos, bases de dados, algoritmos de desempenho), permitem a coleta e análise de dados sobre o comportamento de indivíduos e instituições. No SUS, isso se manifesta na capacidade de rastrear a adesão a protocolos, o uso de recursos e o desempenho de equipes, gerando uma auto-regulação baseada na visibilidade e na possibilidade de avaliação. Embora possa trazer benefícios em termos de gestão e qualidade, essa forma de vigilância também pode operar como um mecanismo de disciplina e normalização, induzindo a conformidade e restringindo a autonomia de profissionais e usuárias(os).

inevitavelmente reproduziu dinâmicas que hierarquizaram saberes e disciplinaram práticas, muitas vezes marginalizando outras formas de conhecimento e limitando a autonomia das(os) usuárias(os). A centralização do saber médico, a normatização técnica e a ênfase em indicadores de desempenho reforçaram uma lógica de controle que pôde desumanizar o cuidado, aproximando as(os) usuárias(os) a objetos de intervenção médica. No entanto, a PNAB também apresentou avanços, como a flexibilização dos arranjos de equipes e a incorporação de tecnologias, que puderam ser potencializados se combinados com práticas mais dialógicas e participativas. A educação em saúde, quando integrada de forma horizontal e democrática, pôde ser um eixo central para promover a autonomia das(os) usuárias(os) e a valorização de saberes comunitários.

A partir dessa análise, entendi que a PNAB 2017 refletiu tensões entre modernização técnica e reprodução de relações de poder arraigadas. Para que a política alcançasse seu potencial transformador, foi essencial repensar a hierarquização de saberes, fortalecer a participação comunitária e integrar a educação em saúde de forma mais inclusiva. A humanização do cuidado e o reconhecimento das subjetividades das(os) usuárias(os) deviam ser prioridades, em vez da mera busca por eficiência e padronização. Assim, acredito que a crítica à PNAB não deve negar seus avanços, mas sim apontar caminhos para uma prática de cuidado mais equitativa e humanizada, onde os saberes dos indivíduos sejam reconhecidos e respeitados. No próximo capítulo, ao adentrar no setor dos efeitos discursivos da PNAB 2017, pretendi explorar como a política, ao estabelecer normas e diretrizes, produziu discursos que moldaram as práticas de saúde e as relações entre profissionais e usuárias(os).

3.5 Efeitos Discursivos da Autoridade Médica na Educação em Saúde

Compreendi a Política Nacional em questão como um dispositivo biopolítico que operou nos moldes descritos por Michel Foucault. Ao instituir a Atenção Primária como "porta de entrada preferencial" do SUS (Art. 2º, §1º), percebi que essa política transcendeu a simples normatização técnica, tornando-se um mecanismo sofisticado de regulação da vida coletiva, característico das sociedades modernas.

Foucault (2008a, p. 85) descreveu a passagem histórica de uma segurança territorial para uma segurança das circulações, onde o poder não buscou mais fixar territórios, mas gerenciar fluxos. Observei essa transição materializada na PNAB por meio de três mecanismos principais: primeiro, na hierarquização do SUS, que refletiu a "integração da cidade aos mecanismos

centrais de poder" (FOUCAULT, 2008a, p. 84), estabelecendo protocolos que direcionaram os usuários entre diferentes níveis de atenção; segundo, na transformação de corpos em dados, através de indicadores epidemiológicos e métricas de cobertura; e terceiro, na priorização da segurança da população em detrimento da segurança territorial tradicional.

Notei, dessa forma, que a Política operou um controle minucioso sobre as circulações no sistema de saúde, aplicando o princípio de "deixar as circulações se fazerem, controlar as circulações, separar as boas das ruins" (Foucault, 2008a, p. 85). Isso ficou evidente na estratificação de risco dos usuários e no direcionamento seletivo para serviços específicos, mecanismos que, ao mesmo tempo, buscaram a eficiência do sistema e a regulação dos gastos públicos.

Entendi, portanto, que a PNAB exemplificou a transição descrita por Foucault (2008a, p. 85) da "segurança do príncipe e do seu território" para a "segurança da população". Embora eu reconheça que a política de saúde se consolidou historicamente como um instrumento biopolítico – transformando a vida da população em alvo de mecanismos estatais por meio de dados, normas e fluxos controlados –, considerarei que essa dinâmica não foi inaugurada por ela, mas operou dentro do mesmo caminho epistêmico que trata a saúde como um campo de intervenção estatal. Ao analisar a legislação sanitária brasileira, percebi que, desde os primórdios do sistema público, a saúde já era estabelecida como um espaço regulado por protocolos centralizados, restringindo autonomias em nome de diretrizes universais. Assim, refleti que a Política não rompeu com essa lógica preexistente, mas a aprimorou mediante dispositivos como a flexibilização das equipes (que ampliaram o escopo de atuação mantendo uma estrutura já ultrapassada) e a introdução da/o gerente de Atenção Básica, figura estratégica para otimizar metas pactuadas entre gestores via indicadores quantitativos e cálculos de fluxo.

Ao meu ver, o papel da Normativa na governamentalidade consistiu em refinar mecanismos de controle, vinculando práticas locais a objetivos predeterminados, mantendo a saúde como um território de gestão biopolítica, onde a autonomia é delimitada por regras que converteram corpos e subjetividades em objetos administráveis. Em vez de pavimentar rupturas, notei que a PNAB atualizou a intervenção estatal, reforçando que a vida biossocial permaneceu enredada em redes de poder que transcenderam governos ou políticas específicas.

Ao priorizar a segurança das populações em detrimento da territorial, compreendi que a Normativa não apenas gerenciou corpos, mas também produziu regimes de verdade. Foucault (2008a, p. 85) evidenciou que o biopoder atuou não pela proibição, mas pela seleção estratégica do que pode circular — e, no SUS, observei que essa seleção definiu quais saberes são válidos para cuidar da vida. Ao estratificar riscos e direcionar fluxos, a política não operou em

neutralidade: ela classificou, separou e silenciou, relegando práticas que desafiaram a racionalidade biomédica à condição de "alternativas" ou "crendices". Essa dinâmica ressoou as reflexões presentes no trabalho de Pommer e Rocha (2015), onde a lógica manicomial — também baseada em hierarquias de saber — foi desafiada por práticas rizomáticas⁹⁰, como o teatro terapêutico, que insurgiram contra a normatização dos corpos. Enquanto a PNAB operou através de classificações que silenciaram narrativas dissidentes (similar ao que Martinez (2019) e Boeff (2019) denunciaram em seus estudos), o movimento da Reforma Psiquiátrica, com sua ênfase na desinstitucionalização, expôs as fissuras desse modelo, propondo uma política do cuidado que resistiu à redução da vida a protocolos. Assim, a tensão entre a gestão biopolítica da saúde e as práticas contra-hegemônicas evidenciou o duplo movimento foucaultiano: de um lado, a governamentalidade que normatiza; de outro, as resistências que ressignificam o possível.

3.5.1 Exclusão Epistêmica e a Hierarquização dos Saberes através do Discurso da PNAB

A materialização do biopoder na Política Nacional em questão não se restringe ao gerenciamento de fluxos ou à otimização de recursos; percebo que ela se consolida como um mecanismo de exclusão epistêmica⁹¹, reforçando hierarquias que silenciam saberes não alinhados à racionalidade biomédica. Foucault (2008b, p. 35 - 36) lembra-me que todo regime de verdade não é neutro — e entendo que a Política, ao operar como dispositivo discursivo,

⁹⁰ O termo rizomático é inspirado na obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari, particularmente no primeiro volume de *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Um rizoma, ao contrário de uma estrutura arbórea (hierárquica e linear), é uma imagem de pensamento que expressa conexões múltiplas e não centradas, nas quais qualquer ponto pode ser ligado a qualquer outro. Aplicado ao campo do cuidado, o conceito de práticas rizomáticas remete a modos de atuação que resistem às formas centralizadas, normativas e instituídas, favorecendo a horizontalidade, a multiplicidade de saberes, os encontros singulares e a criação de linhas de fuga. No contexto da saúde mental, isso implica formas de cuidado que promovem autonomia e desinstitucionalização, como o teatro terapêutico mencionado, abrindo espaço para redes mais abertas, inventivas e emancipatórias. Cf. DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Coord. Ana Lúcia de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995, p. 10–36.

⁹¹ A exclusão epistêmica refere-se ao processo pelo qual determinados saberes, epistemologias e formas de conhecimento são marginalizados, deslegitimados ou apagados em favor de uma episteme dominante. No contexto do biopoder, essa exclusão transcende o simples gerenciamento de populações ou recursos, atuando na constituição da própria "verdade" sobre a saúde e o cuidado. Conforme Boaventura de Sousa Santos, a exclusão epistêmica é uma faceta da "razão indolente", que não reconhece a diversidade do Sul global, promovendo um "epistemicídio" dos saberes não ocidentais. Isso significa que o biopoder não apenas controla corpos, mas também as condições de possibilidade do saber e da produção de conhecimento, definindo quais formas de vida e de cura são consideradas legítimas. A ciência moderna, ao separar sujeito e objeto e ao excluir o sujeito empírico do processo de produção do conhecimento, reforça essa exclusão. No paradigma emergente, propõe-se uma ciência autobiográfica, integrada ao senso comum e à diversidade epistêmica (cf. SANTOS, Boaventura de Sousa. *Construindo as epistemologias do Sul: antologia essencial*. Volume I: Para um pensamento alternativo de alternativas; compilado por Maria Paula Meneses et al. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2018. (*Antologías del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño*).

naturaliza a supremacia do conhecimento médico-científico para a gerência da vida. A PNAB 2017 cita as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no seu texto (p. 1), no entanto, os avanços na interdisciplinaridade se revelam, na prática, como instrumentos de domesticação de saberes⁹²: percebo que práticas tradicionais ou comunitárias são toleradas apenas se adaptadas a protocolos quantificáveis, esvaziadas de suas cosmologias originárias. Enquanto a medicina ocidental se mantém como eixo estruturante — respaldada por indicadores, fluxos e metas —, saberes como a medicina indígena ou as práticas integrativas são relegados à condição de "alternativas", quando não apagados dos registros oficiais (como evidenciam, a seguir, os dados do SIA-SUS).

Compreendo que essa dinâmica não é residual, mas estrutural: a governamentalidade biomédica, ao converter corpos em dados e subjetividades em fluxos administráveis, opera uma triagem epistêmica⁹³ que exclui tudo que resiste à mensuração. Assim, vejo que a PNAB não apenas gerencia a saúde, mas produz ignorâncias, apagando modos de cuidado que desafiam a lógica hegemônica. É nesse contexto que situo minha análise sobre os efeitos discursivos da autoridade médica na educação em saúde, onde percebo que a colonialidade do saber se reproduz ao definir quais conhecimentos são legítimos para educar corpos e populações.

Dessa forma, entendo que o documento, enquanto dispositivo de regulação da saúde no SUS, não opera a partir de uma neutralidade técnica. Constitui, antes, um regime discursivo que produz e naturaliza hierarquias epistêmicas, tal como evidencio na marginalização das PICS.

⁹² A domesticação de saberes ocorre quando práticas e conhecimentos não hegemônicos são subordinados à lógica de uma episteme dominante, especialmente no campo da saúde. A interdisciplinaridade, que deveria promover o diálogo entre saberes, muitas vezes reduz práticas tradicionais a ferramentas do paradigma biomédico, esvaziando seus sentidos originais. Essa assimilação mascarada de integração mantém a hegemonia ao tolerar apenas o que não ameaça sua lógica central. Esse processo está ligado ao que Morin (2000, p. 24-27) chama de cegueira paradigmática: a influência invisível e normativa dos paradigmas que, ao selecionar certos conceitos como centrais (ordem, matéria, estrutura), excluem formas distintas de racionalidade. Essa cegueira impede a articulação de saberes diversos e reforça dicotomias como sujeito/objeto, ciência/sabedoria popular. Superá-la exige adotar um paradigma complexo, capaz de integrar distinções e implicações entre diferentes formas de conhecimento, permitindo uma real coabitação epistêmica (cf. MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.)

⁹³ A triagem epistêmica refere-se ao processo seletivo, operado pela governamentalidade biomédica, que filtra e valida apenas os conhecimentos e dimensões do cuidado que podem ser mensurados, quantificados e gerenciados. Essa lógica privilegia o que é objetivável, transformando corpos em dados e subjetividades em fluxos administráveis, enquanto descarta ou invalida aquilo que resiste à normatização estatística e ao controle burocrático. Essa abordagem ignora as particularidades humanas e as complexidades das experiências de saúde-doença que não se encaixam em categorias pré-definidas. Nesse sentido, a crítica de Byung-Chul Han (2017), em *A Sociedade do Cansaço*, ajuda a compreender como a lógica da produtividade, da autoexploração e do desempenho constante alimenta essa triagem. Na sociedade do cansaço, tudo precisa ser otimizado, exibido e avaliado; o imperativo de positividade apaga o outro e a alteridade, reduzindo a experiência humana a métricas e indicadores. Assim, a exigência de eficácia e mensuração contínua marginaliza os aspectos singulares, opacos e inassimiláveis da vida, impondo uma violência psíquica que se disfarça de liberdade e autossuperação. (cf. HAN, Byung-Chul. (2017). *Sociedade do cansaço*. (2ª edição ampliada). Petrópolis, RJ: Vozes. (Título original: *Müdigkeitsgesellschaft*). Giachini, Enio Paulo. (Trad.). ISBN 978-85-326-4996-6.)

Como demonstra Foucault em *A Arqueologia do Saber* (2008b), os objetos de um discurso — no caso, as "práticas de cuidado" — são construídos por três operações interligadas:

a) Superfícies de emergência (p. 35): espaços institucionais (consultas clínicas, protocolos biomédicos) que privilegiam saberes hegemônicos, excluindo práticas comunitárias ou tradicionais;

b) Instâncias de delimitação (p. 36): atores como o Estado, a corporação médica e a indústria farmacêutica, que definem o que é "ciência" ou "crendice", atuando como autoridades epistêmicas;

c) Grades de especificação (p. 36): classificações que reduzem a saúde a indicadores quantitativos (SIAB, metas de produtividade), apagando dimensões subjetivas e coletivas, como evidencio na redução da Medicina Tradicional Chinesa a "zero registros" após 2017 (DATASUS, 2025).

Essa formação discursiva não é acidental, mas expressão da governamentalidade biomédica que o documento atualiza (Foucault, 2008a), articulando poder e saber de forma estratégica. Ao me aprofundar no estudo da PNAB 2017, percebo que a normativa, mesmo promovendo a interdisciplinaridade (p. 22), opera por um duplo movimento típico do biopoder, visível em dois eixos: sendo o primeiro, a Medicalização de problemas sociais pela conversão de determinantes sociais da saúde em "doenças individuais" passíveis de intervenção clínica. Já o segundo, o Gerenciamento populacional: uso de tecnologias que dissimulam controle sob a aparência de cuidado.

Assim, consigo articular essa dinâmica com os estudos de Arruda (2020) e Batista (2019), que denunciam as assimetrias persistentes no SUS, onde a interdisciplinaridade acaba por domesticar saberes não hegemônicos em vez de verdadeiramente integrá-los. Como demonstram Silveira e Rocha (2020), mesmo políticas voltadas para a integralidade - como a PNPIC⁹⁴ - reproduzem a lógica biomédica ao submeter práticas não convencionais a protocolos de "segurança" e "eficiência", esvaziando seu potencial transformador.

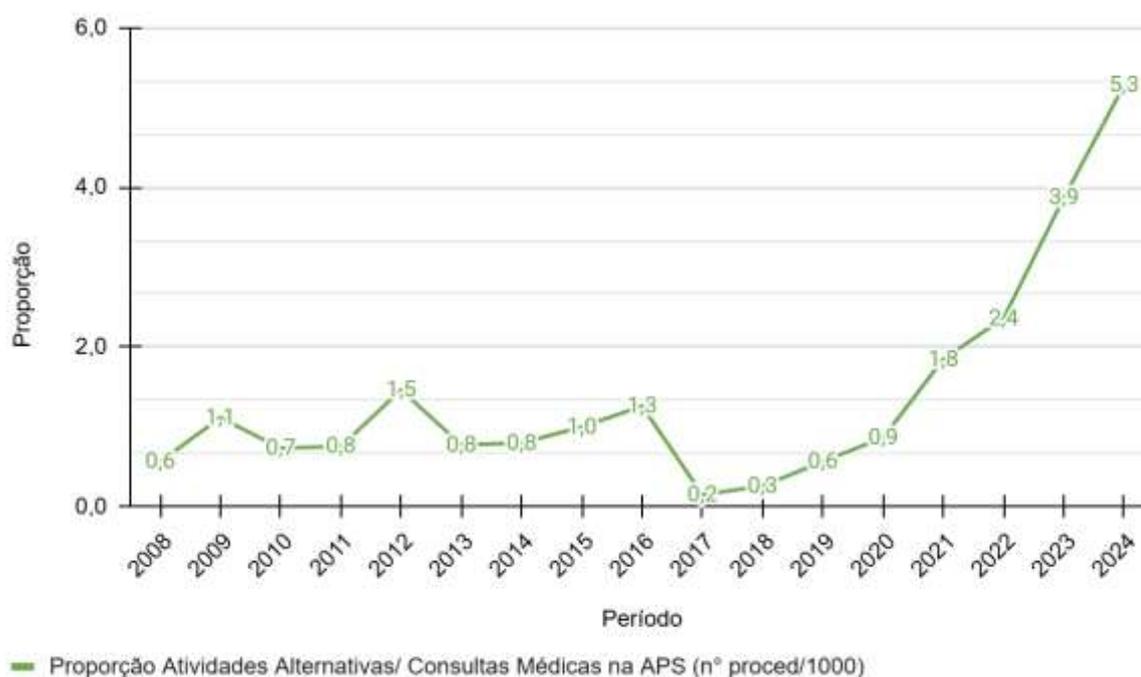
A dissertação de Mallmann (2017), intitulada "As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Uma Análise da Produção Discursiva na Mídia", enriquece minha análise ao revelar como a mídia reforça essa mesma hierarquia epistêmica. Enquanto minha

⁹⁴ A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, representou um marco fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo foi reconhecer e incorporar diversas abordagens terapêuticas que complementam a medicina convencional, como a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, termalismo social/crenoterapia entre outras, visando à ampliação das opções de cuidado e à integralidade da atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica. A PNPIC buscou, assim, valorizar a diversidade de saberes e práticas em saúde, oferecendo à população um leque mais amplo de recursos terapêuticos.

pesquisa demonstra que a PNAB 2017 subordina as PICS a indicadores técnicos residuais, Mallmann mostra que a mídia só concede legitimidade a essas práticas quando associadas à "biociência" - seja através de estudos clínicos ou endossos especializados. Essa convergência entre política e mídia expõe com clareza os mecanismos de exclusão que marginalizam saberes populares e tradicionais no campo da saúde.

Como bem aponta Foucault (2008b, p. 35-36), nenhum regime de verdade é neutro. Na PNAB, essa parcialidade se manifesta não apenas na exclusão conceitual, mas na invisibilização estatística das práticas não hegemônicas. Os dados do SIA-SUS/DATASUS (2025) revelam essa hierarquização de forma contundente: ao comparar 14 tipos de práticas alternativas (como terapia comunitária, yoga e medicina tradicional) com as consultas clínicas na APS entre 2008-2024, observa-se uma disparidade numérica que espelha a desigualdade epistêmica, como ilustra o gráfico 1:

Gráfico 1 – Produção Ambulatorial na Atenção Básica do SUS (2008-2024): Proporção de Atividades Alternativas por 1000 Consultas Médicas



Fonte: Dados do SIA/SUS (2025), adaptado pelo autor.

Para mim, os dados revelam uma trajetória irregular na incorporação de práticas não biomédicas na Atenção Básica. Picos isolados (2012, 2021-2024) contrastam com quedas

abruptas (2017-2019), mantendo a proporção em patamares insignificantes — entre 0,2 e 5,3 procedimentos alternativos por 1000 consultas médicas. Essa oscilação não é aleatória; reflete a precariedade institucional das PICS, tratadas como "exceção" ao paradigma biomédico dominante. Silveira e Rocha (2020) argumentam que essa marginalização não é um acidente, mas um projeto político: ao reduzir práticas como yoga a "tecnologias seguras", despoja-se sua dimensão holística, convertendo-as em meras ferramentas de gestão de riscos, alinhadas ao ideário biomédico.

A queda em 2017, ano da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é emblemática. Coincide com a reafirmação retórica da interdisciplinaridade, mas expõe o duplo movimento do biopoder. O documento operacionaliza o discurso da multiprofissionalidade — já presente desde 2006 (BRASIL, 2006, p. 11) — ao vinculá-la ao matriciamento e à gestão de fluxos (BRASIL, 2017, p. 22). Na prática, isso significa incluir para controlar: a interdisciplinaridade é tolerada apenas quando submetida a metas quantificáveis e protocolos biomédicos, esvaziando o potencial transformador das práticas não hegemônicas. Como apontam Silveira e Rocha (2020, p. 6), a PNPIC, ao defender a "visão ampliada da saúde", paradoxalmente reforça a medicalização da vida, pois responsabiliza indivíduos por estilos de vida "saudáveis", naturalizando a autoridade biomédica como regime de verdade incontestável.

Já o crescimento recente (2021-2024) pode indicar-me resistência ou, mais provavelmente, absorção controlada pelo sistema. Reflito que práticas como yoga e terapia comunitária passam a ser registradas, mas apenas quando adaptadas a "grades de especificação" — reduzidas a atividades isoladas, desprovidas de seus fundamentos epistemológicos originais. A proporção ínfima de 0,2 procedimentos alternativos por 1000 consultas em 2017 simboliza essa exclusão epistêmica: as PICS existem no SUS, mas como notas marginais, simbólicas e estatisticamente irrelevantes. Esse processo reforça a hierarquia de saberes que a PNAB sustenta: ao mesmo tempo que menciona as PICS, nega-lhes espaço real na estrutura do SUS, consolidando-as como alternativas toleradas, jamais integradas.

Pela minha reflexão, a trajetória das Práticas Integrativas no SUS, portanto, não representa inclusão, mas inclusão subalterna — um gesto discursivo que oculta a marginalização material. Enquanto consultas médicas e procedimentos biomédicos somam centenas de milhões de registros anuais, as práticas não hegemônicas permanecem confinadas a cifras residuais, reflexo de um sistema que opera como máquina de triagem epistêmica. A PNAB, nesse sentido, não fracassa na implementação das PICS; sucumbe deliberadamente à lógica colonial que privilegia o biomédico e silencia os saberes tradicionais.

Assim como a psiquiatria do século XIX produziu a "loucura" ao cruzar normas médicas, jurídicas e morais (FOUCAULT, 2008b, p. 34-38) ou como Santos (2019) aponta ao analisar a higiene nos inventários jurídicos sergipanos, percebo que a PNAB não apenas organiza serviços, mas constrói a própria realidade da saúde, naturalizando hierarquias. A tensão que identifiquei não é apenas técnica, mas político-epistemológica. Embora a normativa sugira desnaturalizar regimes de verdade, acaba recaindo em mecanismos de segurança que remodelam o cuidado como um campo de controle, pois "foi preciso responder com novos mecanismos de poder" (FOUCAULT, 2008a, p. 84).

Essa dinâmica evidencia a relação intrínseca entre saber e poder na perspectiva foucaultiana. Ao definir quais conhecimentos são legitimados — como a clínica médica e os protocolos técnicos — e quais são silenciados — como práticas populares e saberes ancestrais —, a PNAB institui uma hierarquia epistêmica que reforça a hegemonia biomédica. Silveira e Rocha (2020, p. 6) complementam essa análise ao demonstrar que o discurso da "eficácia científica", presente até mesmo nas políticas de inclusão das PICS, opera como tecnologia de biopoder, produzindo subjetividades dóceis que internalizam a autoridade médica como única fonte de verdade legítima.

Para Foucault, o poder não apenas impõe restrições, mas também produz realidades. Assim, percebo que a política atua como um regime de verdade, classificando o que considera "adequado" e "desviante" no cuidado em saúde. A centralidade da/o médica/a como um/a "guardião/a do portão" do SUS, por exemplo, fortalece uma governamentalidade que disciplina tanto as/os profissionais, por meio de protocolos, quanto as/os usuárias/os, ao exigir a adesão a modelos predefinidos do que é saudável, como destaque no seguinte trecho da Política (p. 23):

“Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.” (PNAB, 2017, p. 23)

Além disso, percebi a PNAB como um exemplo notável da biopolítica. Ao estruturar os fluxos de acesso ao sistema, a política gerenciou corpos em uma escala macropolítica, otimizando recursos enquanto invisibilizava demandas que escapavam à lógica biomédica, como cuidados holísticos ou necessidades socioculturais. Para Foucault, o biopoder não operou pela repressão direta, mas pela produção de corpos dóceis e populações administráveis.

Observei esse efeito na PNAB quando comunidades foram incentivadas a aderir a modelos verticalizados de cuidado, em detrimento de autonomias coletivas.

Certa vez, em minha prática na ESF, vivi uma situação que me fez refletir profundamente sobre a educação em saúde. Uma usuária buscou nossa unidade repetidamente por alterações pressóricas que os protocolos não conseguiam controlar. Ao ouvi-la integralmente, descobri que suas angústias estavam profundamente ligadas a conflitos entre suas crenças de matriz africana e as exigências do tratamento biomédico – dimensão completamente ignorada pelos indicadores da PNAB.

Nesse contexto, as ideias de Cassol (2020) me ajudaram a compreender melhor essa experiência. Seu ensaio, baseado em Bauman, demonstra como a educação em saúde na modernidade líquida também está marcada por uma ambivalência fundamental: de um lado, os protocolos técnicos padronizados; de outro, a necessidade imperiosa de acolhimento solidário das subjetividades. Foi exatamente essa tensão que vivenciei no caso dessa usuária. Quando decidi romper com a lógica das "verdades únicas" da biomedicina e ampliar o espaço de diálogo, algo transformador aconteceu. Ela pôde explicar como seus rituais religiosos geravam o estresse que afetava sua pressão arterial, e, juntos, conseguimos adaptar o tratamento, integrando seus saberes tradicionais com o conhecimento científico. Essa experiência prática me mostrou o que Cassol (2020) propõe teoricamente: que a educação em saúde deve ser um ato solidário de encontro entre subjetividades, não a imposição vertical de protocolos.

A normatividade de Canguilhem, que também aprendi a valorizar, me fez compreender que a saúde dessa usuária não poderia ser reduzida a índices numéricos, mas precisava considerar seu modo singular de existir no mundo. A PNAB, ao não prever espaços para essa dialogia, revelou sua limitação: priorizou o gerenciamento populacional abstrato em detrimento dos vínculos concretos que realmente transformam práticas de saúde. Essa experiência me convenceu de que cada encontro clínico pode ser um ato político de resistência à desumanização do cuidado – exatamente como a abordagem de Cassol sugere quando propõe substituir as "verdades únicas" por uma hermenêutica pluralizadora que acolhe as múltiplas dimensões da condição humana.

Por fim, percebi que a subalternização de saberes não hegemônicos evidencia o caráter colonial do biopoder. A marginalização de práticas populares reflete uma violência epistêmica que deslegitima modos diversos de existência. Com isso, tornou-se evidente que a política não é neutra. E, para mim, é mais do "mesmo": uma tecnologia de poder que atualiza relações de dominação, mantendo a saúde como instrumento de gestão da vida sob a racionalidade neoliberal e exclusiva do Estado.

3.5.2 Biopoder e a Hegemonia da Metrificação: O Colapso da Educação em Saúde

Ao analisar o impacto da metrificação⁹⁵ na educação em saúde, percebi que o biopoder se concretizava na transformação das práticas educativas em meros números. Nesse mérito, compreendi a metrificação como um processo que transformava aspectos qualitativos e subjetivos da realidade em dados quantificáveis, priorizando métricas e indicadores como critérios basilares de avaliação. Com relação à educação em saúde, observei que essa prática se materializava quando práticas educativas complexas — como o diálogo e a escuta crítica — eram reduzidas a protocolos padronizados e indicadores, muitas vezes em nome da eficiência administrativa.

Assim, a PNAB 2017 explicitava, por exemplo, que "todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação" (Art. 6º, § único). Essa diretriz, que em tese ampliava o papel educativo das unidades básicas, acabava se contrapondo à prática cotidiana, onde o predomínio dos protocolos técnicos (p. 7) e a rigidez dos indicadores (p. 22) direcionavam o cuidado ainda de forma reducionista. Nesse contexto, a ênfase na "integralidade"⁹⁶ (Art. 3º, II, alínea e) promovia, outrossim, uma centralização na quantificação da vida, substituindo o diálogo e a escuta crítica por uma gestão de dados.

Esse cenário se alinhava à internalização da violência no ambiente de trabalho, conforme apontou Han (2022), inclusive contribuindo para o esgotamento físico e mental dos profissionais de saúde – o que se manifestava na Síndrome de Burnout⁹⁷ ou Síndrome do

⁹⁵ A metrificação em contextos de saúde pode ser compreendida não apenas como uma ferramenta de gestão, mas como um dispositivo que, ao quantificar e padronizar, reconfigura a própria percepção do que é "saúde" e "cuidado". Esse processo, muitas vezes, desconsidera a complexidade das interações humanas e os múltiplos determinantes sociais da saúde, que são inerentemente qualitativos. A crítica à metrificação excessiva e à "ditadura dos números" é um tema relevante na literatura sobre gestão pública e saúde coletiva, apontando para o risco de esvaziamento do sentido das práticas em prol de uma eficiência meramente gerencial. Para uma discussão aprofundada sobre os perigos da tirania dos números na gestão e na vida cotidiana, ver: PORTER, Theodore M. *Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

⁹⁶ A integralidade no SUS, embora um princípio basilar, tem sido objeto de diversas interpretações e desafios em sua implementação. Conforme Merhy (1998; 2004), a integralidade transcende a mera soma de procedimentos, configurando-se como a capacidade de oferecer uma atenção que compreenda o sujeito em sua totalidade, incluindo suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. A tensão aqui apontada reside na sua apropriação por lógicas gerenciais que a reduzem a indicadores quantificáveis, desvirtuando seu potencial ético e político.

⁹⁷ A Síndrome de Burnout, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, é um fenômeno psicossocial que se manifesta como uma resposta prolongada a estressores interpessoais e ocupacionais crônicos, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização (ou cinismo) e baixa realização pessoal. Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um fenômeno ocupacional, não uma condição médica, sua prevalência em profissionais de saúde é alarmante, especialmente na atenção primária (WHO, 2022).

Esgotamento Profissional. Para ilustrar, evoquei o estudo "Prevalência de burnout entre profissionais de saúde da atenção primária em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática e meta-análise", publicado no Boletim da Organização Mundial da Saúde, que evidenciou que 28,1% dos profissionais apresentavam alto nível de exaustão emocional, 16,4% sofriam de despersonalização e 31,9% experienciavam redução da realização pessoal (WHO, 2022).

Dessa forma, refleti que a ênfase na metrificacão como estratégia para atingir metas gerenciais reduzia a humanização nas relações entre usuárias(os) e profissionais de saúde, pois transformava o cuidado em uma operação condicionada a parâmetros pré-definidos pelas esferas de poder, e a Política em si, destacava a importãncia dos gestores no direcionamento das práticas das(os) profissionais, como pude observar nos artigos 7º ao 10º da Normativa. Nessa lógica, demandas que não se alinhavam aos indicadores prioritários — como os estabelecidos pela Portaria 2979/2019 ou mais conhecido como Programa Previne Brasil⁹⁸ — eram simbolicamente desvalorizadas, tornando-se "invisíveis" aos sistemas de avaliação. O diálogo e a escuta crítica, essenciais para a integralidade (Art. 3º, II, e), eram substituídos pela urgência de cumprir metas que garantiam o ciclo de financiamento, não a saúde em si. Essa inversão de valores, onde o que importava era o número registrado e não a necessidade de cada cidadão(ã), gerou um despropósito ético: profissionais eram pressionadas(os) a negligenciar dimensões subjetivas do cuidado para alimentar estatísticas, esvaziando o sentido de sua prática. Essa violência estrutural⁹⁹, internalizada no cotidiano do trabalho, corroía a autonomia e a motivação, alimentando a Síndrome de Burnout — como evidenciavam os índices que destaquei anteriormente pela WHO (2022). A saúde, assim, deixava de ser um direito para se tornar um produto mensurável, e o esgotamento profissional surgia como sintoma de um sistema que privilegiava dados sobre vidas.

⁹⁸ O Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019, alterou o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no SUS, introduzindo um sistema de pagamento baseado em indicadores de desempenho, captação ponderada e provisão de equipe. Embora com o objetivo declarado de melhorar a qualidade e o acesso, críticos argumentam que o programa pode gerar distorções, incentivando a priorização de metas quantificáveis em detrimento de abordagens mais holísticas e centradas na pessoa, levando à invisibilização de demandas não passíveis de fácil mensuração e, conseqüentemente, à desumanização do cuidado (MASSUDA et al., 2020).

⁹⁹ O conceito de violência estrutural, discutido por autores como Nancy Krieger (2015), refere-se a formas de violência que são incorporadas nas estruturas sociais e políticas, impedindo que indivíduos e grupos realizem seu potencial pleno. Diferente da violência direta, a violência estrutural é sistêmica e invisível, manifestando-se em desigualdades no acesso a recursos, oportunidades e direitos. No contexto da saúde, ela pode ser observada na precarização do trabalho, na sobrecarga de demandas e na priorização de lógicas gerenciais sobre as necessidades humanas, contribuindo para o sofrimento e o adoecimento dos profissionais.

Isto posto, concluí que a metrificacão na educao em saúde, ao priorizar a quantificao e o controle — como determinava a PNAB 2017 ao exigir que as esferas de governo “divulguem informaçoes e resultados alcançados pelas equipes” (Art. 7º, XIII) —, era mais um mecanismo de um regime de vigilância biopolítica. Essa lógica, que reduzia saberes complexos a dados estatísticos, esvaziava a prática educativa: enquanto atividades dialógicas (rodas de conversa, oficinas) caíram 90% entre 2008 e 2024¹⁰⁰ (DATASUS, 2025), procedimentos biométricos (verificao da pressão arterial e da glicemia capilar) aumentaram 128%, conforme os dados.

Nesse contexto, a pesquisa de Mallmann (2017) sobre a construo midiática das PICS revelava um paralelo interessante: assim como a PNAB reduzia a educao em saúde a métricas, a mdia promovia um autocuidado individualizado¹⁰¹ vinculado a discursos de consumo e bem-estar superficial. Seu estudo demonstrava como as práticas integrativas eram apresentadas como acessórios de estilo de vida privilegiado, reforçando a transferência de responsabilidade às/aos usuárias/os - estratégia biopolítica que identifiquei também na ênfase da PNAB em indicadores de eficiência. Essa convergência entre política e mdia expunha como ambos os campos disciplinavam corpos e subjetividades, priorizando controle sobre autonomia.

Ao analisar a transformao do cuidado em saúde em meros indicadores, percebi como esse processo não apenas apagava a riqueza das experiências locais, mas consolidava o que Foucault (1988) descreveu do mecanismo de poder que fez da vida um objeto de cálculo político. Em minha leitura de "A História da Sexualidade I: a vontade de saber", compreendi como, ao priorizar métricas como número de procedimentos em detrimento de práticas dialógicas, nosso sistema de saúde atualizava essa racionalidade governamental: a saúde deixava de ser um direito para se tornar recurso administrável.

Também observei como essa lógica se encaixava no que Foucault analisou como o deslocamento do poder soberano para um poder que se exercia sobre a vida - não mais o direito de fazer morrer, mas o poder de fazer viver através de mecanismos de regulao e controle.

¹⁰⁰ A reduo das atividades dialógicas em saúde, como rodas de conversa e oficinas, em contraste com o aumento de procedimentos biométricos, reflete uma mudança paradigmática do cuidado, afastando-se de uma abordagem educativa e participativa. Essa inversão pode ser interpretada como um deslocamento de tecnologias leves (mergulhadas nas relaoes e subjetividades) para tecnologias duras (baseadas em equipamentos e saberes estruturados), conforme a classificao de Merhy (1998). A priorizao do dado mensurável em detrimento da construo coletiva do conhecimento impacta diretamente a autonomia dos sujeitos e o potencial emancipatório da educao em saúde.

¹⁰¹ As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), embora reconhecidas pelo SUS, são frequentemente objeto de discursos ambíguos. O termo autocuidado individualizado, quando vinculado a discursos midiáticos de consumo e bem-estar superficial, pode despolitizar a saúde, transferindo integralmente a responsabilidade pela manuteno da saúde para o indivíduo, sem considerar os determinantes sociais e econômicos. Essa perspectiva se alinha a uma lógica neoliberal que enfatiza a autorresponsabilidade e o empreendedorismo de si, em detrimento de abordagens coletivas e estruturais, conforme discutido por autores como Byung-Chul Han (2017).

Quando nosso sistema de saúde transforma corpos em dados e relações em indicadores, testemunhei a operacionalização concreta dessa biopolítica que o autor descreveu.

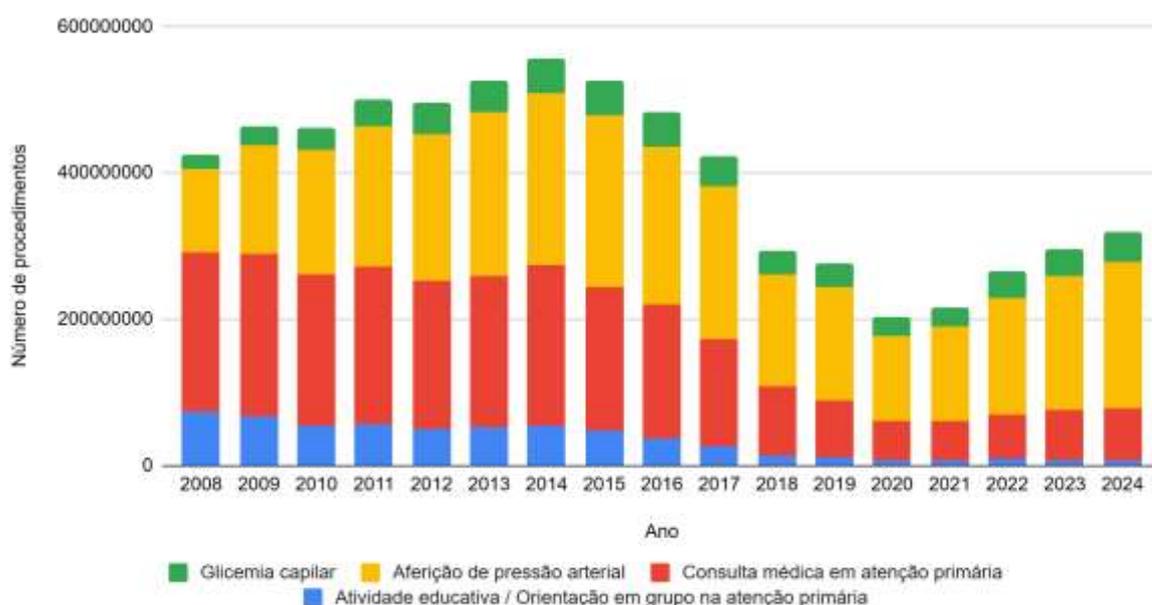
Em meu estudo, observei com preocupação como tanto a PNAB, quanto o Previne Brasil materializaram essa contradição: ao vincular financiamento a cadastros biométricos, transformavam as UBS - que deveriam ser "espaços de educação" (PNAB, Art. 6º) - em arquivos de dados, onde a escuta ativa era substituída pelo preenchimento compulsivo de planilhas.

Refleti assim como ficou-me evidente que essa desumanização não era acidental, mas um projeto político deliberado. Testemunhei como a suposta "integralidade" do cuidado (Art. 3º, II, e) foi esvaziando em prol da mensuração, convertendo a saúde em commodity. E, em minha prática profissional, constatei diariamente como o esgotamento dos trabalhadores (OMS, 2022) se tornava o preço dessa lógica que valorizava mais números do que as vidas humanas que deveríamos proteger.

Ao impor diretrizes que centralizaram a gestão e o planejamento das ações de saúde, observei mais uma faceta da PNAB 2017 como um instrumento de biopoder. Conforme determinado, "a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS" (Art 2º, §1º), reforçando a hegemonia de uma lógica técnica que privilegiava a eficiência e o controle, em detrimento da escuta e do diálogo. Para mim, essa imposição de métricas evidenciava a transformação da educação em saúde em mais um mecanismo de controle estatal, onde a complexidade dos processos educativos era sacrificada em favor de uma gestão que reduzia o cuidado à mera quantificação de procedimentos.

Nesse contexto, os dados que serão apresentados no Gráfico 2 ilustrarão essa tendência, demonstrando quantitativamente como as práticas educativas estão negligenciadas em prol de indicadores padronizados. A redução do cuidado a números não só evidencia a operação do biopoder, como também reforça a ideia, já discutida por Foucault, de que a governamentalidade se exerce através da vigilância e da mensuração dos corpos. Essa transição numérica é um aspecto dessa lógica que se desdobra na operacionalização dos processos de controle, tornando-se importante que eu analise de maneira crítica sobre o impacto dessa política na educação em saúde, como demonstra a representação gráfica a seguir:

Gráfico 2 – Produção Ambulatorial do SUS (2008-2024): Queda nas Atividades Educativas vs. Expansão da Metrificação Biomédica



Fonte: Dados do SIA/SUS (2025), adaptado pelo autor.

Os dados do SIA-SUS/DATASUS (2025) revelaram uma inversão preocupante nas prioridades da Atenção Primária: enquanto as atividades educativas diminuíram 90% entre 2008 e 2024, especialmente após a PNAB 2017, os procedimentos biométricos aumentaram 128% no mesmo período. Essa tendência se mostrou ainda mais crítica quando comparada a estudos como o de Wendt et al. (2015), que comprovou a relevância das ações educativas na ESF para a autonomia funcional dos idosos e o fortalecimento de redes de apoio comunitário.

Ao analisar o estudo de Wendt et al. (2015), percebi que as autoras demonstraram a essencialidade das estratégias educativas contextualizadas na prevenção do declínio funcional em idosos vulneráveis. Contudo, identifiquei uma contradição estrutural entre essas evidências científicas e a realidade das políticas públicas. No período em que a literatura reforçava a importância da educação em saúde, a PNAB 2017 priorizou uma direção oposta, substituindo progressivamente essas práticas por protocolos biométricos padronizados.

Essa dissonância não apenas inviabilizou as recomendações acadêmicas, mas também sinalizou uma transformação paradigmática no conceito de cuidado. Observei uma migração de um modelo focado na autonomia e participação comunitária para uma lógica de vigilância biométrica que, sob a ótica foucaultiana, reduz a saúde a parâmetros quantificáveis. Minha análise indicou que a ESF, ao integrar famílias e comunidades, poderia efetivamente reduzir a dependência funcional dos idosos por meio de ações educativas. Entretanto, verifiquei que a

PNAB 2017, ao focar em indicadores como pressão arterial e glicemia, transformou o cuidado em um ritual de vigilância, negligenciando dimensões subjetivas e sociais cruciais.

Compreendi, com base em Foucault (1977), que esse modelo de "polícia médica" substituiu a escuta qualificada por mecanismos de controle. Os dados foram elucidativos: para cada 100 consultas médicas na APS, foram registrados apenas 10,6 atividades educativas em 2024, em contraste com 33,9 em 2008. A ênfase excessiva em métricas biomédicas, como criticado por Canguilhem (2020), patologizou os corpos que fugiam ao padrão estatístico, ignorando determinantes sociais cruciais apontados por Wendt et al. (2015), como pobreza, isolamento e arranjos familiares complexos. Enquanto a literatura enfatizou a necessidade de fortalecer redes de apoio, percebi que a PNAB 2017 promoveu uma reengenharia do cuidado, reduzindo os idosos a casos clínicos monitoráveis, em detrimento de sua condição de sujeitos autônomos.

A drástica redução de 71% nas atividades educativas no período pós-PNAB (de 26,1 milhões para 7,5 milhões) demonstrou como a política não só falhou em promover autonomia, mas ativou mecanismos de dependência institucional. Constatei que a erosão dessas ações impactou diretamente a capacidade funcional dos idosos, aumentando sua dependência de serviços hospitalares — exatamente o oposto do que preconizava Wendt et al. (2015). Sob a perspectiva que adotei, a medicalização de questões sociais¹⁰², conforme alertado por Lima (2020), transformou desafios coletivos em problemas individuais, reforçando uma lógica neoliberal que sobrecarrega as famílias enquanto o Estado se omite no desenvolvimento de políticas efetivas. Essa análise revelou a urgência de resgatar a educação em saúde como prática emancipatória, alinhando as políticas públicas às evidências científicas e às reais necessidades da população idosa.

Outro ponto de vista revelou que, embora Starfield (2002) tenha estruturado a APS em atributos como longitudinalidade e integralidade, a prática atual os distorceu. Minha crítica não invalidou sua contribuição, mas alertou para a cooptação neoliberal¹⁰³ de seus princípios,

¹⁰² A medicalização de questões sociais refere-se ao processo pelo qual condições e problemas da vida cotidiana, que possuem raízes sociais, econômicas ou culturais, são progressivamente definidos e tratados como problemas médicos. Este fenômeno, criticado por autores como Michel Foucault (1977; 1999) e Georges Canguilhem (2020), desvia o foco das causas estruturais para a responsabilidade individual, frequentemente resultando em soluções farmacológicas ou clínicas que negligenciam a dimensão coletiva e política do sofrimento. No contexto da atenção à saúde do idoso, a medicalização pode levar à patologização do envelhecimento natural e à sobrecarga de medicações, em detrimento de abordagens que promovam a autonomia e a participação social.

¹⁰³ A lógica neoliberal coapta princípios progressistas, como a integralidade na saúde, ressignificando-os dentro de uma racionalidade mercantil que prioriza eficiência e desempenho. Byung-Chul Han (2017) argumenta que essa internalização da lógica do mercado transforma os indivíduos em empreendedores de si mesmos, levando à autoexploração e ao esgotamento, características da sociedade do cansaço.

convertendo "integralidade" em protocolos fragmentados. A busca por metas quantitativas (e.g., 201 milhões de aferições de pressão arterial em 2024) priorizou a eficiência técnica em detrimento do vínculo, confirmando a crítica de Merhy (1998) sobre a perda das tecnologias leves. A redução para 0,2 ações educativas por 100 consultas evidenciou a hegemonia de uma epistemologia biomédica que desumaniza o cuidado.

Stelet (2020) demonstrou como a medicina baseada em evidências, ainda que indispensável, marginalizou a subjetividade no encontro clínico¹⁰⁴. Observei que a PNAB 2017, ao priorizar protocolos técnicos como eixo estruturante, vinculou o atendimento a normativas como o Caderno da Atenção Básica nº 35 e 36 — direcionados ao manejo de doenças crônicas — para cumprir metas métricas de resolutividade. Essa dinâmica institucionalizou uma hierarquia de saberes e, somada ao declínio das atividades educativas (de 73,6 milhões para 7,4 milhões), evidenciou uma violência epistêmica¹⁰⁵ contra práticas dialógicas, reduzindo usuárias(os) a "dados" e "fluxos", em detrimento de sua condição de sujeitos históricos.

Ao observar o crescimento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Atenção Básica (AB) nos últimos anos, percebi que esse processo, embora amplamente divulgado como expansão do cuidado, também evidenciou uma intensificação dos mecanismos de controle sobre os corpos e modos de vida da população. Entre 2007 e 2020, a cobertura da ESF aumentou de 41,7% para 63,62% da população brasileira, passando de 24.173 para 43.286 equipes, enquanto a AB como um todo chegou a cobrir 76,08% da população no mesmo período (BRASIL, 2021). Esses números revelaram não apenas um esforço estatal de interiorização do cuidado, mas também a ampliação de dispositivos de vigilância, normatização e regulação da vida, nos termos da governamentalidade foucaultiana (FOUCAULT, 2008).

Ao mesmo tempo, identifiquei uma correlação preocupante entre essa ampliação e a intensificação da medicalização. Segundo dados da ANVISA (BRASIL, 2016; 2023), o faturamento do mercado farmacêutico brasileiro mais que dobrou entre 2016 e 2023, saltando

¹⁰⁴ A Medicina Baseada em Evidências (MBE), embora crucial para a prática clínica informada, tem sido alvo de críticas por sua potencial marginalização da subjetividade no encontro clínico. A MBE enfatiza a utilização de evidências científicas robustas para guiar decisões terapêuticas, o que pode, em alguns casos, levar à padronização excessiva e à desconsideração das singularidades dos pacientes, suas narrativas, valores e preferências. Para uma discussão aprofundada sobre os limites da MBE e a importância de integrar a narrativa do paciente, veja Charon (2008).

¹⁰⁵ A violência epistêmica pode ser entendida como a marginalização, negação ou desqualificação de formas de conhecimento e experiências de grupos subalternizados por discursos e sistemas de poder dominantes. No campo da saúde, isso se manifesta quando saberes populares, subjetividades e narrativas dos pacientes são inferiorizados ou silenciados em favor de um conhecimento técnico-científico hegemônico, como o proveniente de protocolos padronizados. Essa forma de violência não apenas impede o diálogo e a construção coletiva do cuidado, mas também reforça relações de poder desiguais na prática clínica. Para uma discussão aprofundada sobre a marginalização de saberes e a construção de epistemologias contra-hegemônicas, ver Boaventura de Sousa Santos (2018).

de R\$ 63,5 bilhões para R\$ 142,42 bilhões, com um aumento no volume de embalagens comercializadas de 4,5 para 5,7 bilhões. Esse crescimento coincidiu com a consolidação da ESF como modelo prioritário de atenção e com o fortalecimento de práticas clínicas centradas em diagnósticos e prescrições padronizadas.

Essa tendência se materializou na disseminação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)¹⁰⁶, disponíveis em mais de 200 documentos organizados pela CONITEC (2024), além de diretrizes publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2024a; 2024b). Em minha prática como médico da Estratégia Saúde da Família, percebi que tais protocolos, embora úteis para orientar condutas, frequentemente substituíram a escuta singularizada por decisões tecnicamente padronizadas, reforçando um modelo centrado na normatividade e na eficiência, em detrimento da autonomia das(os) usuárias(os).

Essas práticas, associadas ao discurso da resolutividade¹⁰⁷ e ao uso intensivo de tecnologias como o Telessaúde e o prontuário eletrônico, integraram um sistema que Foucault descreveu como parte da biopolítica — um conjunto de estratégias que regula e administra a vida sob parâmetros técnicos e estatísticos (FOUCAULT, 2008). Nesse cenário, reconheci que a medicalização se tornou um vetor de governamentalidade, produzindo sujeitos ajustados às normas de saúde e moldando os comportamentos a partir da lógica do cuidado disciplinar.

Diante disso, identifiquei um paradoxo na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017: ao mesmo tempo em que propôs o fortalecimento da autonomia e da promoção do autocuidado (BRASIL, 2017), a política operou por meio de instrumentos normativos que reforçaram a dependência da população ao sistema e à farmacologia. Essa contradição foi particularmente evidente na prática clínica, onde o aumento das prescrições, a padronização das condutas e a vigilância informatizada configuraram um modelo de atenção que, embora promovesse o acesso, também intensificou o controle.

¹⁰⁶ Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de determinadas doenças no âmbito do SUS, visando garantir a qualidade, segurança e efetividade do cuidado. Embora sejam importantes ferramentas para a uniformização de condutas e a disseminação de evidências científicas, sua aplicação excessivamente rígida pode limitar a autonomia profissional e desconsiderar a singularidade de cada paciente, convertendo a prática clínica em um checklist e reduzindo o espaço para a negociação terapêutica e o cuidado centrado na pessoa, conforme discutido por autores como Merhy (1998; 2004).

¹⁰⁷ O discurso da resolutividade, quando moldado por uma lógica produtivista, pode reforçar uma visão tecnocrática do cuidado, na qual a eficácia é medida por protocolos e métricas operacionais. Tecnologias como a Telessaúde e o prontuário eletrônico, embora úteis na gestão do trabalho em saúde, tendem — se aplicadas sem uma perspectiva crítica — a consolidar a primazia do dado sobre o vínculo, apagando os corpos situados em nome da eficiência. Sob essa ótica, o cuidado torna-se uma operação de comando e controle, em vez de um encontro entre sujeitos. Essa tensão entre tecnologias de mediação e práticas de cuidado remete à crítica ciborgue de Haraway (1991), que questiona os dualismos que estruturam a racionalidade ocidental e propõe imaginar alianças mais híbridas e não dominadoras entre humanos e máquinas.

Pensei, portanto, que a expansão da ESF deve ser compreendida não apenas como uma ampliação da assistência, mas também como um dispositivo de regulação da vida, que atuou sobre os corpos por meio de práticas medicalizantes, organizadas sob o discurso da eficiência e da resolutividade. Esse processo reforçou a lógica biopolítica de gestão da saúde da população e colocou em questão a promessa de autonomia que a própria PNAB enunciou em seus princípios.

Destaquei que a marginalização das atividades educativas, como efeito discursivo da PNAB 2017, violou os princípios da Educação Popular em Saúde. Enquanto a biométrica se impôs como tecnologia dura (Merhy, 1998), a educação em saúde permaneceu uma tecnologia leve, dependente de tempo, escuta e contextualização. A substituição de rodas de conversa por fichas de aferição glicêmica refletiu, assim, a lógica fabril de Fino (2000), em que usuárias(os) foram "processadas(os)" em linha de produção, com pouco investimento em autonomia. Merhy e Freire apontaram caminhos para reumanizar a APS, reafirmando que a saúde não se reduziu a algoritmos, mas se construiu na relação — como direito e prática dialógica. Neste ponto, encerrarei minha análise da Portaria N° 2.436/2017 para, em seguida, apresentar minha visão sobre a Autoridade Médica e suas influências no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina.

4 CURRÍCULO MÉDICO E DISPUTA DE SENTIDOS: A (IN)VISIBILIDADE DA EDUCAÇÃO POPULAR

4.1 Da sala de aula ao posto de saúde: como as DCNs de 2014 tentaram transformar a medicina brasileira

Ao analisar o surgimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina de 2014, compreendi que seu contexto esteve intrinsecamente ligado às Jornadas de Junho de 2013. Esses protestos, inicialmente impulsionados pelo aumento das tarifas de transporte em São Paulo¹⁰⁸, rapidamente se expandiram para exigir melhorias em serviços públicos essenciais, com a saúde e a educação emergindo como demandas centrais nas pesquisas de opinião (AGÊNCIA BRASIL, 2023). Como destacou a presidenta Dilma Rousseff em seu discurso de 8 de julho de 2013, "a Saúde foi apresentada [...] como o maior problema do Brasil" (BRASIL, 2013), evidenciando a pressão social por respostas imediatas e efetivas.

O Pacto Nacional pela Saúde, anunciado no mês seguinte às manifestações, constituiu-se como uma resposta estatal direta. Rousseff enfatizou que o objetivo não foi apenas "trazer médicos do exterior", mas "levar mais saúde para o interior do Brasil" (BRASIL, 2013), priorizando regiões historicamente negligenciadas, como o Norte e o Nordeste. Essa retórica revelou uma tentativa de alinhar as políticas públicas às reivindicações populares, especialmente após a repressão violenta aos manifestantes, que expôs a crise de legitimidade do Estado.

Assim, o Programa Mais Médicos, lançado em 22 de outubro de 2013 por meio da Lei nº 12.871/2013, consolidou-se como eixo central do Pacto. Com investimentos de R\$ 7,4 bilhões em infraestrutura e a meta de criar 12 mil vagas de residência médica até 2017, o programa buscou suprir lacunas imediatas enquanto investiu em formação de longo prazo (BRASIL, 2013). No entanto, reconheço que a ênfase na contratação emergencial de profissionais – incluindo médicos estrangeiros – gerou resistência em setores conservadores da

¹⁰⁸ As manifestações de junho de 2013 representaram um momento de inflexão na cena política brasileira, marcadas pela diversidade de pautas e pela multiplicidade de sujeitos sociais em disputa. Iniciadas por jovens ativistas ligados ao Movimento Passe Livre, em protesto contra o aumento das tarifas de transporte, as mobilizações rapidamente ganharam escala nacional e heterogeneidade ideológica. A crítica aos serviços públicos — com destaque para saúde e educação — e o repúdio à corrupção se articularam a uma insatisfação mais difusa com o Estado e a política institucional. Como analisa Singer (2013), os protestos expressaram tanto a indignação de setores da classe média tradicional quanto as frustrações de um "novo proletariado" jovem, escolarizado e precarizado. Longe de configurarem uma tentativa insurrecional, os acontecimentos revelaram a fissura de uma ordem social marcada por promessas não cumpridas e por disputas simbólicas em torno do futuro do país.

categoria, que questionavam a interiorização da força de trabalho. À época, minha visão sobre o programa foi limitada por uma perspectiva corporativista e ideologicamente engajada, o que me impediu de reconhecer seu impacto social mais amplo. Minha resistência refletiu, em parte, o clima de insatisfação generalizada após as Jornadas de Junho, que também influenciou minha própria postura crítica.

Nesse cenário, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014, estabelecidas pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, consolidaram-se como um projeto pedagógico alinhado aos princípios do Sistema Nacional de Saúde. Ao determinar que "o mínimo de 30% [...] da carga horária prevista para o internato médico da graduação em Medicina seria desenvolvido na Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS" (Art. 24, § 3º), as diretrizes buscaram promover mudanças significativas na formação médica, incorporando temas transversais como direitos humanos, inclusão de pessoas com deficiência, questões étnico-raciais, cultura afro-brasileira e indígena, além de competências em tecnologias da comunicação — aspectos ausentes nas diretrizes anteriores de 2001 (Ferreira et al., 2023, p. 11).

Compreendi que essa mudança transcendia o aspecto meramente técnico: configurou-se como uma estratégia política planejada para articular a formação médica às demandas territoriais, respondendo às reivindicações por equidade no acesso à saúde que emergiram das Jornadas de 2013. As DCNs de 2014 introduziram essas atualizações para substituir o modelo tradicional de ensino, criticado por sua abordagem hierárquica e centrada na transmissão passiva de conteúdos, por práticas pedagógicas que estimulam a reflexão crítica e a vivência em cenários reais de saúde (Ferreira et al., 2023).

A integração entre teoria e prática foi reforçada no documento, priorizando metodologias ativas¹⁰⁹ que prepararam os futuros médicos para desafios clínicos e para um cuidado mais humanizado e efetivo (Art 29, II; Art. 32). Além disso, o internato — etapa final e prática do curso, com duração de dois anos — deveria, conforme a normativa, ser cumprido em estágios no SUS, incluindo a inserção precoce das/os estudantes em unidades básicas e serviços de urgência, com maior ênfase na primeira do que na segunda (Art. 29, VI; Art. 24, §3º e §4º). Essa medida visou alinhar a formação às necessidades da saúde pública, fortalecendo

¹⁰⁹ As metodologias ativas de ensino são abordagens pedagógicas que colocam o estudante no centro do processo de aprendizagem, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a resolução de problemas por meio de atividades práticas, discussões e reflexão. Exemplos incluem Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), Aprendizagem Baseada em Projetos, simulações e estudo de caso. Em cursos de saúde, as metodologias ativas visam preparar profissionais mais engajados, reflexivos e com capacidade de atuar em cenários complexos, contrastando com modelos tradicionais de transmissão passiva de conteúdo, conforme preconizado por autores como Paulo Freire (1992; 2018).

a atenção coletiva e a atuação multiprofissional, em conformidade com o papel do SUS como eixo estruturante da educação em saúde no Brasil (BRASIL, 2014; Ferreira et al., 2023).

Do meu ponto de vista, mesmo distante do ambiente universitário, acompanhei tais mudanças, e despertou em mim a sensação de que uma transformação estava em curso, uma vez que essas premissas já circulavam nos corredores das universidades antes mesmo da primeira DCN. A incorporação de temas transversais – como direitos humanos e relações étnico-raciais – refletiu a influência da teoria ecosocial de Nancy Krieger¹¹⁰, que relaciona saúde aos determinantes sociais (FERREIRA et al., 2023). No entanto, avalio que a implementação enfrentou contradições. A expansão desregulada de faculdades privadas, especialmente no Norte e Nordeste, muitas sem infraestrutura adequada, comprometeu a qualidade da formação, revelando tensões entre o projeto social das DCNs e a lógica mercantil do ensino superior¹¹¹.

Do ponto de vista político, as DCNs representaram um projeto de Estado, articulado à Reforma Sanitária Brasileira. A ênfase na interdisciplinaridade e na humanização do cuidado ecoava movimentos internacionais, como a Declaração de Edimburgo (1988), mas adaptados à realidade nacional. Paradoxalmente, a mercantilização da medicina – com hospitais privados priorizando lucro sobre prevenção – limitou o alcance dessas diretrizes, especialmente em instituições particulares.

A Resolução CNE/CES nº 3/2022, que incluiu cuidados paliativos como competência obrigatória, buscou atualizar as DCNs diante de novas demandas. Contudo, como alertam Ferreira et al. (2023), a falta de docentes capacitados e recursos persistentes expôs desafios crônicos. Percebi que, mesmo uma década depois, as DCNs não superaram desigualdades históricas: médicos ainda se concentram em grandes centros urbanos, enquanto o interior carece de profissionais.

¹¹⁰ A teoria ecosocial de Nancy Krieger é uma abordagem epidemiológica que integra perspectivas sociais, biológicas e históricas para compreender as desigualdades em saúde. Krieger argumenta que a saúde e a doença não são meros fenômenos individuais, mas sim "encarnações" das condições sociais e históricas em que as pessoas vivem, trabalham e interagem. Essa teoria destaca a importância dos determinantes sociais da saúde – como raça, classe social, gênero, educação e condições ambientais – na produção de padrões de adoecimento e saúde. Seu trabalho é fundamental para uma compreensão crítica da epidemiologia e da saúde pública (Krieger, 2015).

¹¹¹ A lógica mercantil do ensino superior, especialmente no Brasil, manifesta-se pela expansão de instituições privadas motivadas primariamente pelo lucro, muitas vezes em detrimento da qualidade acadêmica e da formação humanística e crítica. No contexto da medicina, essa mercantilização pode levar à abertura indiscriminada de cursos sem a infraestrutura necessária (corpo docente qualificado, campos de prática suficientes e diversificados), comprometendo a capacidade dos futuros profissionais de atender às complexas demandas do SUS e reforçando desigualdades regionais e sociais. Para uma reflexão sobre como os valores culturais e políticos moldam a saúde pública e a formação dos profissionais da área — oferecendo subsídios para pensar os efeitos da mercantilização —, ver: SCLIAR, Moacyr. Saúde, Cultura e Democracia. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 117-123, 2002.

A análise do discurso de Rousseff revelou uma tensão entre urgência e projeto de longo prazo. Ao admitir que "um médico leva de seis a dez anos para concluir sua formação" (ROUSSEFF, 2013), a presidenta justificou medidas emergenciais como o Mais Médicos, enquanto as DCNs atuaram como alicerce para mudanças estruturais. No entanto, a ausência de políticas robustas de fixação de profissionais em áreas remotas – além de salários atraentes – manteve iniquidades regionais.

Refletindo sobre o legado das DCNs, concluí que elas encapsularam as contradições de um Brasil em transição. Se por um lado promoveram a valorização da Atenção Primária e da saúde coletiva, por outro não enfrentaram adequadamente a fragmentação do SUS e a precarização do trabalho médico. A persistência de um modelo hospitalocêntrico, aliada à expansão predatória de faculdades privadas, revelou que a formação médica ainda está refém de interesses econômicos.

Finalmente, percebi que as DCNs de 2014 foram tanto um marco progressista quanto um sintoma de limites políticos. Enquanto resposta às Jornadas de Junho, simbolizaram a capacidade do Estado de ouvir demandas populares; como política pública, porém, esbarraram em estruturas históricas de desigualdade. Seu legado permanece aberto: um convite à reinvenção da medicina brasileira, em diálogo com os princípios do SUS e as urgências do século XXI.

Ao analisar tais normativas, percebi que elas dialogam, mesmo que implicitamente, com a epidemiologia crítica de Nancy Krieger, cujo trabalho evidencia as desigualdades em saúde como expressões de injustiças estruturais, moldadas por relações de poder, discriminação e privação material. Para a pesquisadora, a saúde não é um fenômeno neutro: ela está organicamente encarnada pelas condições de vida, trabalho e acesso a direitos, exigindo respostas políticas que confrontem hierarquias sociais. Nesse sentido, as DCNs avançaram ao integrar temas como direitos humanos, diversidade étnico-racial e vivência precoce no SUS, especialmente na Atenção Básica (Art. 24, §3º), reconhecendo que a formação médica deve preparar profissionais para atuar em realidades marcadas por iniquidades. Krieger, ao defender que a equidade em saúde demanda "democracia plena e ilimitada" — como propôs Virchow¹¹²

¹¹² Em 1848, Rudolf Virchow foi enviado pelo governo prussiano para investigar a epidemia de tifo na Alta Silésia, uma região marcada por extrema pobreza e fome. Em seu relatório, ele destacou que a crise sanitária não resultava apenas de fatores biológicos, mas principalmente das condições sociais e econômicas degradadas. Virchow criticou a ineficácia das leis e da burocracia existentes, que não conseguiam transformar direitos em ações concretas, e apontou a exploração das elites sobre a população pobre, vista apenas como "mãos" para o trabalho. Para ele, a solução passava por reformas radicais que incluíssem educação laica e popular, liberdade plena e uma democracia efetiva que empoderasse os cidadãos. Além disso, defendia a diversificação agrícola e o fortalecimento das associações populares para superar a miséria estrutural (VIRCHOW, 2006).

ao enfrentar uma epidemia de tifo na Silésia do século XIX —, reforçou a necessidade de políticas que redistribuam poder, não apenas recursos. Esse princípio ecoou nas DCNs ao priorizar um modelo pedagógico crítico e vinculado ao território, ainda que sua implementação esbarre em contradições históricas (Krieger, 2015).

Contudo, minha análise revelou uma tensão entre o projeto teórico das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e a prática da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme discutido em capítulos anteriores. Embora as diretrizes busquem formar médicos conscientes dos determinantes sociais da saúde, na operacionalização da Atenção Básica, a PNAB parece reproduzir uma lógica de controle – não de transformação – ao medicalizar demandas complexas e manter a população em posição passiva, como meros receptores de cuidados (como já apontei em reflexões anteriores). Krieger (2015) alertou que políticas superficiais, desvinculadas de mudanças estruturais, tendem a "apaziguar desejos" sem enfrentar as causas do adoecimento. Isso se materializa quando egressos das faculdades, mesmo capacitados teoricamente para atuar na linha de frente do Sistema Único de Saúde (SUS), deparam-se com um sistema fragmentado, onde a falta de investimento em saneamento, moradia digna e renda mínima perpetua ciclos de vulnerabilidade.

A medicalização da pobreza, portanto, não é acidental, mas sim um sintoma de que as DCNs, embora idealizadas para promover equidade, não romperam com a lógica neoliberal que concentra poder nas mãos de grupos dominantes. Como Virchow defendia, a democratização mais plena da saúde exige que as políticas públicas cedam espaço à participação popular plena – algo ainda distante quando normativas priorizam protocolos verticalizados em detrimento de processos coletivos de decisão. Essa dinâmica leva as/os profissionais médicas/os a reproduzirem, cedo ou tarde, as mesmas iniquidades, conforme evidenciado em meus levantamentos do Estado do Conhecimento.

Esta contradição entre o discurso emancipatório das DCNs e as práticas de controle de outras normativas conduz à questão norteadora que desenvolverei nas próximas seções: como as Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina construíram discursivamente a "autoridade médica" na Educação em Saúde.

4.2 A Dupla Face das DCNs 2014: Autoridade Médica e Saber-Poder em Tempos de Revisão Curricular

Ao adentrar o debate sobre as DCNs de Medicina de 2014, por intermédio da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (ou seja, um ano após as Jornadas de Junho), percebi

que este documento não é apenas um conjunto de normas pedagógicas, mas um artefato político que também materializa relações de saber-poder, conforme teorizadas por Foucault. Minha análise parte do pressuposto de que as DCNs também constroem a autoridade médica por meio de um discurso ambíguo: enquanto promovem uma formação "humanista" e "crítica" (Art. 3º), perpetuam estruturas biomédicas que legitimam a/o médica/o como agente de controle social, regulador/a de corpos e normatizador/a de condutas por meio da "Subseção I - Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde" (DCN, Art. 12 e 13).

Por exemplo, observei que nesses Artigos da Normativas de 2014, embora apresentem o cuidado centrado no/a usuário/a como eixo estruturante da formação médica, perpetuam uma lógica de poder que contradiz os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), conforme detalhado em folheto oficial do Ministério da Saúde (2013). Meu tensionamento revela distâncias entre a retórica de inclusão e a realidade das relações hierárquicas na medicina¹¹³, onde a humanização serve para legitimar o controle biomédico.

As Normativas descrevem a História Clínica como "ato de escuta ética" (Art. 12, I, a), mas sua estrutura padronizada e a centralidade no "raciocínio clínico-epidemiológico" (Art. 12, I, g) convertem a subjetividade da/o usuária/o em dados gerenciáveis. A PNH, porém, define a humanização como "a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo" (BRASIL, 2013, p. 8), exigindo uma "escuta qualificada" que prioriza necessidades singulares, não a categorização técnica. Enquanto a PNH propõe "clínica ampliada" (BRASIL, 2013, p. 10) – que integra dimensões afetivas e sociais –, as Normativas também reduzem a narrativa da/o usuária/o a variáveis administráveis, pois necessita-se transmitir o conhecimento do ato de diagnose da/o médica/o através da autoridade médica.

Percebi ainda que, no Art. 12, I, f, há a menção da incorporação de "práticas afro-indígenas", mas observei também um silenciamento sobre a descolonização do saber¹¹⁴ médico. A PNH, ao defender a "transversalidade" (BRASIL, 2013, p. 6), exige que é necessário "reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido", ou seja, que os saberes populares sejam reconhecidos

¹¹³ A "retórica de inclusão" e a "realidade das relações hierárquicas" evidenciam a lacuna entre o discurso e a prática, um fenômeno frequentemente estudado em ciências sociais e políticas. No contexto da humanização, essa lacuna pode mascarar a reprodução de assimetrias de poder, transformando um ideal emancipatório em um instrumento de legitimação das estruturas existentes (FOUCAULT 1999; 2008b).

¹¹⁴ A descolonização do saber médico refere-se à crítica e ao dismantelamento das estruturas epistemológicas eurocêntricas que historicamente marginalizaram e subalternizaram outros sistemas de conhecimento, como os saberes tradicionais e populares afro-indígenas. Reconhecer a validade epistemológica desses saberes implica ir além da mera "incorporação" como "complementos", buscando uma relação de diálogo e horizontalidade (SANTOS, 1988; 2018).

como válidos em sua epistemologia, não como "complementos" validados pela ciência ocidental. O folheto da PNH enfatiza: "Humanizar é incluir as diferenças nos processos de gestão e cuidado" (BRASIL, 2013, p. 4), mas, ao meu ver, as Normativas mantêm a/o médica/o como árbitra/o do que é "legítimo", reproduzindo hierarquias epistêmicas – entrando em choque com a essência da própria Política Nacional de Humanização.

Enquanto a PNH defende que "os usuários não são só pacientes" (BRASIL, 2013, p. 7) e propõe uma clínica ampliada baseada em "decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS" (BRASIL, 2013, p. 10-11), as Diretrizes Curriculares tratam o indivíduo como "pessoa sob cuidado" (BRASIL, 2014, Art. 5º, IX), enfatizando a relação profissional como condutora do processo terapêutico, ainda que mencionem o "compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento" (BRASIL, 2014, Art. 12, III-e) de forma condicional. Essa diferença revelou-me que as DCNs não problematizam a assimetria médica/o -usuária/o¹¹⁵, ignorando o protagonismo e a corresponsabilidade defendidos pela PNH, que entende a humanização como "a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho." (BRASIL, 2013, p. 4).

Embora as Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde apresentem avanços no sentido de integrar ensino e serviço, notou-se uma lacuna significativa no alinhamento com os princípios da PNH. Conforme apontam Marinês e Pacheco (2023), a PNH propõe uma transversalidade que articula trabalho, formação e gestão, promovendo trocas de saberes, a valorização dos sujeitos e a construção coletiva de soluções no cotidiano do cuidado. No entanto, minha leitura das DCNs revelou uma abordagem ainda centrada em competências técnico-assistenciais, com pouca ênfase na formação política, ética e relacional dos profissionais de saúde¹¹⁶. Faltam às diretrizes um compromisso explícito com práticas que valorizem a autonomia, o diálogo e a escuta — fundamentos da humanização no SUS. Essa desconexão fragiliza o potencial transformador da formação em saúde, uma vez que uma

¹¹⁵ A assimetria médico-usuário/a é uma relação de poder intrínseca à prática clínica, marcada pela diferença no acesso ao conhecimento, informações e recursos. Ignorar essa assimetria no processo formativo e na prática de cuidado pode comprometer os princípios de protagonismo e corresponsabilidade, fundamentais para a construção de uma autonomia dos sujeitos e para a democratização das relações em saúde (FREIRE, 2018).

¹¹⁶ A formação política na área da saúde se refere à capacidade dos profissionais de compreender e atuar sobre os determinantes sociais da saúde, as relações de poder e as políticas públicas que impactam a vida das pessoas. Ela vai além da mera formação técnica, buscando desenvolver uma consciência crítica e um engajamento com a construção de uma sociedade mais justa e equitativa, em consonância com os princípios do SUS (FREIRE, 2018).

educação descolada da transversalidade e da escuta crítica tende a reproduzir modelos hierarquizados e normativos, contrariando os princípios do SUS e da própria PNH.

Ao notar essa tensão entre as Normativas Curriculares e a PNH, percebi um conflito persistente: como promover a humanização do cuidado sem desestabilizar as estruturas tradicionais de poder da Medicina? No que concerne à PNH, ao defender “mudanças nos modos de gerir e cuidar” (BRASIL, 2013, p. 3), propõe transformar relações entre usuárias/os, trabalhadores/as e gestores/as, priorizando dispositivos como a clínica ampliada e a ambiência (BRASIL, 2013, p. 9-10) para romper com práticas hierárquicas e promover o protagonismo dos sujeitos. No entanto, ao examinar as DCNs, observei que tais dispositivos da PNH não foram incorporados de maneira explícita: o conceito de clínica ampliada, que articula saberes diversos no enfrentamento do adoecimento, e o de ambiência, que propõe a reorganização dos espaços como elemento do cuidado, não são sequer mencionados. Embora as Diretrizes afirmem o compromisso com uma formação “humanista, crítica, reflexiva e ética” (BRASIL, 2014, art. 3º), permanecem presas a uma racionalidade técnico-assistencial que, sob o discurso da humanização, mantém intocados os modos tradicionais de exercício do poder médico.

Afora tais aspectos, quando analisei acerca da realização do Exame Físico previsto no Artigo 12, inciso II das DCNs, percebi que ele não é apenas um mero procedimento técnico, mas que aparece como um ato político que consolida a autoridade médica sobre o corpo da/o outra/o. O consentimento¹¹⁷ (ou seja, o ato de aceitar, aprovar ou autorizar algo de forma livre, consciente e esclarecida) para receber “os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos” (p.5), ainda que formalmente exigido (Art. 12, II, a), esconde uma relação desigual de conhecimento: a/o usuária/o, especialmente em situações de vulnerabilidade, não está em condições de recusar ou negociar que tal movimento não seja realizado. Afinal, como dizer “não” a um exame quando se está diante de quem detém o saber e o poder de diagnosticar, de julgar o que é necessário para o estabelecimento da saúde? Aqui, a Medicina opera como instituição disciplinar, nos termos de Foucault: pois “o olhar se realizará em sua verdade própria e terá acesso à verdade das coisas” (1977, p. 122). O exame físico é um ritual que naturaliza a invasão do espaço íntimo, transforma o corpo em objeto de análise e controle. A/o médica/o toca, palpa, ausculta – gestos que, embora revestidos de neutralidade

¹¹⁷ O conceito de consentimento (informado) na prática médica é fundamental para a ética e o direito à saúde. No entanto, a observação sobre a “relação desigual de conhecimento” e a “vulnerabilidade” do/a usuário/a aponta para os limites de um consentimento meramente formal, evidenciando a necessidade de uma análise crítica das condições em que esse consentimento é dado, para além da sua exigência legal. Para uma crítica sobre a autoridade médica e suas implicações na autonomia do paciente, ver: ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

científica, são atos de poder. E mais: esse poder é invisibilizado pela própria linguagem técnica, inclusa também na DCN, que transforma um ato socialmente complexo (alguém dar a permissão para tocar seu corpo) em uma etapa do processo diagnóstico.

O que me inquietou é que essa dinâmica não é questionada na formação médica - ela é fortalecida e estimulada. Aprendemos a técnica, mas não refletimos sobre como ela se insere em relações de dominação. Não há menção em refletir sobre tal ato político na Diretriz. Assim, a/o usuária/o é instruído/a a se despir, a se deitar, a permitir o toque – e tudo isso é justificado pela busca do diagnóstico. Mas até que ponto essa justificativa serve também para silenciar desconfortos, para evitar que se questione o lugar de autoridade da/o médica/o? Não encontrei essa resposta nos Artigos analisados da DCN. E não se trata apenas do ato em si, mas do que ele simboliza: a Medicina como instância que define o que é normal, o que é patológico, o que merece intervenção. O exame físico é, portanto, um momento de exercício do biopoder – em que o corpo individual é inscrito em um sistema maior de regulação e controle. A pessoa pode até dizer "sim"¹¹⁸, mas esse "sim" raramente é fruto de uma escolha livre. É um "sim" que nasce condicionado pela hierarquia do saber-poder médico.

Ao refletir sobre o exame físico e seu tratamento nas DCNs de 2014, reconheci que o poder médico — a capacidade de definir, classificar e intervir sobre o corpo — é uma realidade constitutiva da prática médica e não pode simplesmente ser abolido. O poder é inerente às relações humanas e, como nos ensina Foucault (1977), atravessa todos os domínios sociais, inclusive o da saúde. O que se coloca em questão, então, não é a eliminação desse poder, mas a sua problematização: como ele é exercido, em nome de quais valores e com quais efeitos sobre os corpos e subjetividades?

Mesmo sob o discurso de humanização e da formação crítica preconizados pelas DCNs, o saber médico continua investido de uma autoridade que legitima práticas potencialmente violentas, muitas vezes mascaradas pela neutralidade científica. A Medicina, ao formar seus novos profissionais, os tornou portadores desse saber-poder, oferecendo-lhes a possibilidade de, conforme suas escolhas individuais, perpetuar ou tensionar as hierarquias sociais existentes. Todavia, a diretriz normativa, ao evitar uma reflexão crítica explícita sobre o exercício político do poder médico, tende a naturalizar essa posição de autoridade.

¹¹⁸ A ideia de um "sim" que nasce "condicionado pela hierarquia do saber-poder médico" remete ao conceito de docilização dos corpos de Michel Foucault. Essa docilização não se manifesta apenas em espaços disciplinares coercitivos, mas também nas práticas cotidianas e aparentemente neutras, onde o corpo é moldado para se conformar a normas e expectativas, muitas vezes sem que o sujeito perceba a coerção implícita (FOUCAULT, 1999).

A formação médica delineada nas DCNs apresentou-se, portanto, como um terreno ambíguo: ela pode fomentar médicos sensíveis às desigualdades e abertos à transformação social, mas também pode reforçar práticas hegemônicas que silenciam desconfortos e normalizam intervenções no corpo e na vida dos sujeitos. Não se trata de demonizar a prática médica, mas de reconhecer que o olhar clínico¹¹⁹ — ao mesmo tempo instrumento de cuidado e de controle — moldou o que se considera normal e patológico, saudável e doente.

Perguntei, então: se o olhar médico não fosse atravessado por essa rede de poder, o que restaria da própria prática clínica? Quem exerceria a função de observar, diagnosticar e intervir? Nesse ponto, a crítica proposta por Schaffer (2023) contribuiu para aprofundar a reflexão aqui desenvolvida: ao privilegiar a lógica de desempenho e a racionalidade técnico-científica, as DCNs de 2014 acabaram esvaziando a formação médica de sentidos existenciais mais profundos — como a busca por sabedoria, vínculo e cuidado integral. Em sua concepção de biosofia, Schaffer propôs compreender a formação como um processo contínuo que acompanha a trajetória de vida, e não como uma linha de chegada marcada por metas e resultados. Essa perspectiva evidenciou a ausência de uma pedagogia sensível¹²⁰ ao sofrimento simbólico, ao cotidiano dos sujeitos e às dimensões afetivas do cuidado. Ao formar profissionais altamente treinados para diagnosticar e prescrever, mas não necessariamente dispostos a escutar ou a conviver com a incerteza, o projeto curricular reiterou uma medicina centrada no saber técnico e pouco atenta à complexidade da vida humana. A proposta da biosofia, nesse contexto, sugere uma inversão: deslocar o eixo da formação do poder para a vida — da performance para o encontro — exigindo que o cuidado também seja compreendido como presença, escuta e abertura ao não saber. Assim, minha crítica não se dirige à existência do poder em si, mas ao silêncio da problematização no processo formativo, que deveria estimular a consciência dos futuros médicos sobre o lugar que ocupam na produção de saberes, práticas e normalizações sociais.

Em outro ponto de vista, essa tensão entre emancipação e dominação também me revelou, por exemplo, a ênfase em protocolos baseados "nas melhores evidências científicas"

¹¹⁹ O "olhar clínico" aqui é compreendido não apenas como uma ferramenta diagnóstica, mas como um dispositivo de poder que constrói e categoriza a realidade. Esse olhar, ao moldar o que é considerado "normal e patológico", "saudável e doente", exerce um poder de normatização sobre os corpos e as subjetividades, naturalizando certas concepções de saúde e doença e influenciando a conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 1977; 1999).

¹²⁰ A pedagogia sensível ao sofrimento simbólico refere-se a uma abordagem educacional que transcende o foco no sofrimento físico e biológico, reconhecendo e abordando as dimensões emocionais, sociais, culturais e existenciais do adoecimento. Essa pedagogia busca desenvolver no profissional de saúde a capacidade de escuta, empatia e manejo da incerteza, contrapondo-se a uma formação excessivamente centrada no tecnicismo (CHARON, 2008).

(Art. 5º, III), silenciando, dessa forma, saberes populares e tradicionais. Apesar de o Art. 12, I, "f" mencionar a "investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena brasileira", a palavra "investigar" tem carga ambígua e até problemática sob as lentes foucaultianas¹²¹, pois remete à vigilância, classificação, controle ou patologização do diferente. Em vez de reconhecer, valorizar e dialogar, a diretriz submete esse conhecimento ao prisma técnico-científico.

O internato obrigatório no SUS (Art. 24), por sua vez, inseriu as/os estudantes em uma lógica de gestão biopolítica das populações – não como espaço de diálogo ou competência para enfrentar iniquidades em saúde, mas como preparo para o gerenciamento em saúde¹²², conforme destaca a Seção II do documento. O que emergiu da minha análise não é apenas uma crítica às DCNs, mas uma constatação incômoda: a formação médica que as diretrizes instituem não rompeu com a genealogia do poder médico descrita por Foucault. Ao transformar práticas clínicas em rituais de naturalização da autoridade - do exame físico ao diagnóstico protocolado - as normativas atualizaram a medicina como instituição de controle, mesmo quando se vestem de discursos progressistas. Perguntei: é possível humanizar sem desmontar esses dispositivos de poder?

Esta contradição entre o projeto declarado das DCNs e suas operações de poder tornou-se ainda mais evidente quando examinei a Seção III sobre “Educação em Saúde” (p. 3-4). O termo, apresentado como competência geral, foi esvaziado de seu potencial transformador quando contrastado com os princípios da Educação Popular em Saúde - como proposto por Vasconcelos (2001) e Nogueira et al. (2022). Enquanto esta última pressupõe diálogo horizontal e construção coletiva de saberes, as DCNs reduziram a prática educativa a um conjunto de técnicas individuais de aprendizagem (Art. 7), mantendo a/o médica/o como centro epistêmico. Essa dissonância não foi acidental: como Foucault demonstra em sua análise sobre os corpos dóceis (1987, p. 162-163), a aparente autonomia concedida ao/à estudante de medicina - tal como ao soldado em treinamento - serviu justamente para naturalizar mecanismos de

¹²¹ A carga ambígua e problemática do termo investigar, sob uma perspectiva foucaultiana, reside no fato de que a investigação tem sido, historicamente, um instrumento de poder voltado à vigilância, classificação e controle, transformando o “diferente” em objeto de análise e, muitas vezes, de patologização (Foucault, 1999; Veiga-Neto, 2007). Em vez de promover o diálogo e o reconhecimento da alteridade, esse processo tende a submeter saberes não hegemônicos a um prisma técnico-científico dominante.

¹²² O gerenciamento em saúde aqui se refere a uma abordagem da saúde pública que privilegia a organização e a eficiência dos serviços, a gestão de recursos e a mensuração de resultados. Embora importante, essa lógica pode, quando desacompanhada de uma reflexão crítica sobre as iniquidades em saúde, como as que afetam a complexidade da saúde coletiva (Silva, Paim e Schraiber, 2023), reduzir a integralidade da atenção e negligenciar a dimensão cuidadora na produção da saúde (Merhy, 1998; 2004), silenciando as dimensões sociais, econômicas e políticas do adoecimento.

docilização. O que as diretrizes chamaram de “humanização” operou como uma tecnologia de governo que produziu sujeitos úteis ao sistema de saúde, não agentes de transformação¹²³. No próximo capítulo, debati como essa lógica se materializa na formação médica, onde a retórica da participação mascara a reprodução de hierarquias que a Educação Popular buscou justamente desconstruir.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que enunciaram o compromisso com uma formação “humanista, crítica, reflexiva e ética” (BRASIL, 2014, Art. 3º), construíram um itinerário de formação rigidamente guiado por protocolos, competências e metas. Entendi que essa estrutura, longe de promover autonomia e pensamento crítico, atuou como tecnologia de poder — no sentido foucaultiano — que formou corpos disciplinados, moldando médicas/os para ocupar uma posição de autoridade incontestável diante da população. Schaffer (2023), ao discutir a educação como promoção da vida com sabedoria, denunciou também essa armadilha tecnocrática que capturou o processo formativo, pois, concordo com a autora que a aprendizagem ocorre em todos os momentos e durante toda a vida. No entanto, notei que esse princípio é abandonado quando a formação se reduziu a uma corrida por resultados objetivos e padronizáveis. Em vez de preparar sujeitos para refletirem sobre os determinantes sociais do adoecimento, as DCNs operam como um roteiro institucional para a reafirmação do poder médico, domesticando a potência transformadora da educação.

Em suma, as DCNs de 2014 revelaram-me uma dupla face ao proclamar uma formação “humanista” e, ao mesmo tempo, reforçar os dispositivos clássicos do saber-poder médico. Ainda que incorporem vocábulos como escuta ética, protagonismo da/o usuária/o e atenção integral, mantiveram intocados os ritos de controle — do exame físico à hierarquia no internato — que naturalizam a autoridade médica. Essa ambiguidade explícita a lacuna entre retórica e prática: sem problematizar criticamente o poder disciplinar inscrito no currículo, a humanização corre o risco de se reduzir a um simulacro¹²⁴ — isto é, práticas vazias de sentido, que imitam a

¹²³ A tecnologia de governo é um conceito foucaultiano que descreve os mecanismos e estratégias, muitas vezes sutis e internalizadas, que moldam os indivíduos para que se autogovernem de acordo com as normas e interesses de um sistema. No contexto da formação em saúde, e conforme análises que se debruçam sobre as práticas de promoção da saúde e a Política Nacional de Humanização, a “humanização” pode se tornar uma dessas tecnologias, produzindo sujeitos “úteis” ao sistema sem necessariamente promover uma transformação profunda das relações de poder (FOUCAULT, 2008b).

¹²⁴ O conceito de simulacro, conforme Baudrillard (1991), refere-se a uma cópia que não possui um original, uma representação que imita algo sem possuir sua essência ou substância. No contexto da humanização na saúde, a redução a um simulacro significa que as práticas podem mimetizar a forma da humanização — utilizando a linguagem e os rituais —, mas esvaziadas de seu conteúdo transformador, mantendo intactas as estruturas de poder e as relações hierárquicas, criando uma hiper-realidade que substitui a experiência genuína.

ideia de humanização sem realizá-la de fato —, onde a participação e a corresponsabilidade tornaram-se meras formalidades.

Percebi que essa duplicidade entre retórica e prática se sustentou, também, na figura da/o médica/o como sujeito de autoridade disciplinada e produtiva, que as DCNs reiteraram ao longo do documento. Ainda que proclamem uma formação integral, notei que as Diretrizes contribuem para a fabricação de um/o profissional moldado/o por lógicas de desempenho, gerenciamento e controle. Em vez de formar um/o cuidador/o implicado/o nas singularidades do encontro, formou-se um/o operador/o de metas, um/o técnico/o responsivo/o a protocolos e indicadores — alguém que exerce sua autoridade a partir da racionalidade neoliberal¹²⁵. Ao me deparar com a análise de Mattioni (2021) sobre as práticas de Promoção de Saúde na Atenção Primária, reconheci como esse tipo de autoridade se ancorou também em discursos que associam o cuidado à vigilância, ao gerenciamento de riscos e à responsabilização individual, naturalizando um modelo de atuação que pouco espaço deixa para a escuta e a invenção.

Compreendi que essa racionalidade se infiltrou na formação desde seus alicerces, por meio de dispositivos como o currículo, as avaliações e os estágios supervisionados. Observei que a autoridade médica, nesse processo, deixou de ser apenas técnica e tornou-se também moral e política, atuando sobre os corpos e as subjetividades em formação. A educação médica, assim, transformou-se num dispositivo de poder que organizou condutas segundo normas de produtividade e eficácia, esvaziando a potência relacional do cuidado. Ainda assim, concordo com Mattioni quando ela identificou brechas: práticas que resistem, que escapam à normatividade e apontam para outros modos de existir na clínica e no território. Acredito que investir na problematização dessa autoridade — inclusive nas próprias DCNs — é uma condição necessária para que a formação médica deixe de reproduzir um simulacro de cuidado e se abra, de fato, como espaço de contraconduta e reinvenção.

Penso que, para trabalhar esse hiato, é necessário que as revisões curriculares incluam explicitamente reflexões sobre as dimensões políticas do olhar clínico, a descolonização dos saberes e a coprodução do cuidado. Esta necessidade tornou-se ainda mais premente quando examinamos como as próprias DCNs concebem a Educação em Saúde - questão que abordarei a seguir.

¹²⁵ A racionalidade neoliberal na saúde se manifesta pela ênfase na eficiência, produtividade, mensuração por indicadores e responsabilização individual, transformando a saúde em um campo de gerenciamento e competitividade. Essa lógica, ao priorizar metas e protocolos, pode desumanizar o cuidado, reduzindo a complexidade do encontro clínico e as singularidades dos sujeitos a meros objetos de intervenção e controle (DARDOT; LARVAL, 2016).

4.3 O que as DCNs chamam de “Educação em Saúde”? A Ausência da Educação Popular na Formação Médica.

Com relação a tal problemática, percebi que as Diretrizes Curriculares de 2014 abordaram a "Educação em Saúde" mais como um conjunto de competências individuais voltadas à formação técnico-científica do graduando em Medicina do que como uma proposta de aprendizado coletivo. Já no seu Art. 7º, focaram nas orientações, como a necessidade de "aprender a aprender", de desenvolver autonomia para educação continuada, de praticar o aprendizado interprofissional entre colegas da saúde e de dominar línguas estrangeiras para interação internacional. Embora essas diretrizes promovessem habilidades essenciais ao exercício da profissão, identifiquei que se concentraram quase exclusivamente no desenvolvimento individual, sem incorporar elementos que articulassem a saúde coletiva, como o diálogo com saberes populares ou a participação social como eixos estruturantes da formação médica.

Nesse intuito, trouxe o olhar da PNAB de 2017 e identifiquei uma concepção distinta de "Educação em Saúde" – vinculada à participação comunitária e ao controle social. Nesta Normativa, no inciso IX (p. 7), observei a menção à importância de estimular a "competência cultural no cuidado" e a "autonomia" das comunidades na construção de ações de saúde. Nesse sentido, interpretei que a Política Nacional de AB sugeriu uma aproximação com princípios da Educação Popular, quando reconheceu, ainda que de forma incipiente, a necessidade de diálogo entre profissionais e população. No entanto, notei que essa perspectiva não foi aprofundada em termos metodológicos ou políticos, como já discuti em capítulos anteriores.

Essa divergência entre os documentos revelou uma tensão entre modelos de formação e atenção à saúde. Enquanto as DCNs trilharam um currículo que ainda orbitava o saber biomédico individual, a PNAB colocou a Educação em Saúde em uma perspectiva mais coletiva – ainda que de maneira limitada. O texto de 2017, apesar de mencionar a participação social, não avançou na proposição de mecanismos que superassem as hierarquias entre saberes técnicos e populares, nem estabeleceu estruturas de empoderamento comunitário — como discuti nos capítulos anteriores. Assim, se por um lado a PNAB representou um avanço discursivo em relação às DCNs ao associar a Educação em Saúde à dimensão coletiva, por outro sua implementação manteve-se ambígua, oscilando entre uma retórica participativa e a perpetuação de assimetrias historicamente consolidadas no sistema de saúde. Essa ambiguidade, longe de ser acidental, refletiu as contradições inerentes ao processo de construção das políticas de saúde

no contexto brasileiro contemporâneo. Retomando, portanto, as Normativas de 2014, refleti que sua abordagem restrita da Educação em Saúde – centrada na autonomia da(o) estudante e no domínio técnico-individual – escamoteou o compromisso com a construção coletiva do cuidado, negligenciando a inserção crítica da(o) futura(o) médica(o) em realidades marcadas por desigualdades sociais e saberes diversos.

Essa leitura crítica foi corroborada por Marinês e Pacheco (2023), que reforçaram a necessidade de compreender a educação em saúde como um processo político-pedagógico voltado à emancipação dos sujeitos, e não como mera transmissão técnica de conteúdos. Para as autoras, a educação em saúde deveria partir da problematização da realidade e da valorização dos saberes populares, compreendendo os sujeitos como históricos, capazes de intervir no mundo e de construir coletivamente os sentidos do cuidado. Essa perspectiva rompeu com o modelo tradicional, que reduziu a educação em saúde a um dispositivo de persuasão e normatização de condutas, como ainda se percebeu nas DCNs de 2014. Ao defenderem a educação permanente ancorada na prática, na reflexão crítica e na transformação dos processos de trabalho, Marinês e Pacheco contribuíram para desestabilizar a lógica hierárquica da formação médica e apontaram caminhos possíveis para uma educação comprometida com a justiça social e a construção compartilhada do conhecimento em saúde.

No entanto, ao voltar ao texto das DCNs e observar mais de perto o inciso I do Art. 7º (p. 3), o documento estabeleceu que a/o estudante deveria "aprender a aprender", mas de que maneira? Desenvolvendo curiosidade e formulando questões com base em conhecimentos cientificamente consolidados — e não em saberes populares ou tradicionais. Defendeu-se a autonomia desde o primeiro ano do curso, mas tratou-se de uma autonomia guiada, pois o percurso formativo deveria seguir um conhecimento previamente legitimado. A valorização da educação continuada também apontou para uma autonomia restrita, moldada pelas exigências da racionalidade técnico-científica¹²⁶. A troca interprofissional se restringiu ao diálogo entre profissionais da saúde, deixando de fora os saberes construídos por sujeitos e coletivos fora do campo hegemônico. O aprendizado em ambientes simulados foi outro exemplo: se por um lado permitiu a experimentação segura, por outro se distanciou das complexidades e incertezas do

¹²⁶ O termo racionalidade técnico-científica refere-se a uma forma de pensar e agir baseada na aplicação de conhecimentos científicos e técnicos para a resolução de problemas, com ênfase em objetividade, mensuração, previsibilidade e controle. No campo da saúde, essa racionalidade pode levar à desconsideração de aspectos subjetivos, sociais, culturais e éticos do cuidado, contribuindo para a despersonalização das práticas e para a hegemonia de um saber especializado, em detrimento de outros saberes. Essa crítica está alinhada à análise de Jürgen Habermas sobre a racionalidade instrumental, que, ao se tornar dominante, pode colonizar o mundo da vida e reduzir a prática comunicativa ao tecnicismo. Cf. HABERMAS, Jürgen. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70, 1987.

mundo. A valorização dos erros como insumos formativos, por sua vez, levantou a questão — erros segundo qual parâmetro? O da ciência biomédica? Somou-se a isso o compromisso com ensino, pesquisa e extensão, o estímulo à mobilidade acadêmica em redes estudantis e o domínio de ao menos uma língua estrangeira, geralmente o inglês, reforçando um modelo de formação vinculado a uma racionalidade globalizante, muitas vezes alheia aos contextos locais. Embora tais competências fossem relevantes, elas permaneceram centradas na lógica do desenvolvimento técnico-científico e no controle da autonomia individual da/o futura/o médica/o, sem abrir espaço para uma perspectiva de ação educativa coletiva, dialógica ou crítica.

Mais uma vez, ancorei minha crítica às DCNs nas reflexões de Foucault (2008a) sobre biopolítica e governamentalidade, que evidenciaram como o Estado e as instituições de saúde exerceram controle sobre corpos e saberes, ao privilegiar normas técnicas em detrimento de práticas coletivas e dialógicas. A ênfase nas competências individuais e na racionalidade técnico-científica, conforme observei nas DCNs, configurou também um mecanismo de biopoder que disciplinou a formação médica, enquadrando-a num modelo hegemônico que marginalizou outros tipos de saberes.

Essa dinâmica tornou-se ainda mais evidente quando contrastada com a PNAB que, apesar de suas ambiguidades, sinalizou uma breve abertura para a Educação em Saúde através da participação social¹²⁷, como demonstrei nas seções anteriores. Contudo, como apontei, a ausência de mecanismos diversos na PNAB para superar as assimetrias revelou, de outra forma, a persistência da lógica biomédica que, sob o discurso da inclusão, manteve estruturas de poder historicamente consolidadas. Desse modo, a formação médica permaneceu refém de uma autonomia guiada (FOUCAULT, 2008b) que, embora fundamental para a prática clínica, negligenciou a complexidade da dimensão política e coletiva do cuidado, reforçando desigualdades sociais e a marginalização de saberes não-hegemônicos.

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 defendessem uma formação médica com perfil generalista, humanista e voltado para os princípios do SUS, os dados demográficos mais recentes revelaram uma expansão quantitativa dissociada de um avanço qualitativo nas práticas formativas. Para Scheffer et al (2023), no livro “Demografia médica no

¹²⁷ A participação social no SUS, embora um princípio fundamental, é um conceito complexo e multifacetado, que abrange desde a atuação em conselhos de saúde até movimentos populares e outras formas de controle social. No entanto, sua efetivação é frequentemente tensionada por assimetrias de poder e por lógicas que limitam a autonomia e o protagonismo dos usuários e da comunidade, como discutido por Merhy (1998; 2004), ao abordar a dimensão cuidadora e o trabalho vivo em saúde, e por Santos (2018), em suas reflexões sobre as epistemologias e as relações de poder.

Brasil 2023”, em janeiro de 2023, o Brasil contava com 562.229 médicas e médicos, o que representou uma razão nacional de 2,60 médicas/os por 1.000 habitantes, número que mais que dobrou desde o ano 2000, quando havia 219.896 médicas/os e a taxa era de 1,30 por 1.000 habitantes. Entre 2000 e 2021, mais de 330 mil médicas/os ingressaram no mercado de trabalho, enquanto apenas 34 mil se desligaram, demonstrando um crescimento constante estimulado pela abertura massiva de cursos e vagas de medicina. No entanto, esse aumento expressivo da força de trabalho médica não resultou em maior valorização das práticas de cuidado popular ou de base comunitária. Pelo contrário: apesar da formação "generalista" preconizada pelas DCNs, a Medicina de Família e Comunidade permaneceu uma das especialidades menos escolhidas no país, e a Educação Popular em Saúde, vinculada ao cuidado territorializado e dialógico, foi sistematicamente silenciada nas diretrizes formativas (SCHEFFER et al., 2023, p. 33-38).

Essa desconexão tornou-se mais evidente quando observei os dados sobre a distribuição territorial das/os médicas/os. Enquanto nas capitais a média de profissionais por 1.000 habitantes saltou de 4,17 em 2012 para 6,28 em 2022, nos municípios do interior esse número passou de 1,37 para apenas 2,31, com as regiões metropolitanas (excluindo as capitais) apresentando 1,08 médicos por 1.000 habitantes em 2022. Apesar de uma leve interiorização (crescimento de 65% no interior, frente a 51% nas capitais), esse avanço foi insuficiente frente às desigualdades históricas (SCHEFFER et al., 2023, p. 39-51). Mesmo com o aumento de cursos, a formação médica manteve-se orientada por um perfil urbano e hospitalocêntrico¹²⁸, distante das realidades populares. Assim, a Educação Popular em Saúde — centrada no diálogo e na valorização de saberes comunitários — permaneceu ausente do currículo, revelando que a hegemonia biomédica persiste mesmo sob a retórica da humanização.

Outro dado a ser debatido esteve no perfil das especializações. Em 2022, 62,5% dos médicos em atividade eram especialistas, enquanto apenas 37,5% atuavam como generalistas. A Medicina de Família e Comunidade, especialidade-chave para a Atenção Primária e para práticas educativas populares, representava somente 2,3% dos registros, embora tenha sido a que mais cresceu proporcionalmente entre 2012 e 2022, com um salto de 246% (SCHEFFER et al., 2023, p. 75-86). Ainda assim, esse crescimento numérico não implicou mudança estrutural no modelo formativo: as especializações mais comuns continuaram sendo Clínica

¹²⁸ Apesar de já ter sido explicada a perspectiva hospitalocêntrica e flexneriana, a reiteração do termo aqui, em contraste com "realidades populares", oferece uma oportunidade para aprofundar a discussão sobre as consequências dessa orientação na formação médica. O hospitalocentrismo não se refere apenas ao local físico de aprendizado, mas a uma lógica pedagógica que prioriza a doença, a alta tecnologia e o atendimento individualizado em detrimento da saúde em sua dimensão ampliada, da promoção da saúde, da prevenção de doenças e da atuação no território. Isso pode gerar um distanciamento entre a formação e as necessidades de saúde da maioria da população, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (STARFIELD, 2002).

Médica, Pediatria e Cirurgia Geral — todas ligadas ao hospital. Isso reforçou a lógica de formação centrada na técnica, na especialização e no saber médico como autoridade, em detrimento de uma prática crítica, coletiva e transformadora. O silenciamento da Educação Popular em Saúde nas DCNs, portanto, não se deu por omissão accidental, mas por coerência com um projeto pedagógico que, apesar do vocabulário emancipador, perpetuou estruturas hierárquicas de poder e saber¹²⁹.

A tensão entre os documentos revelou um embate político-epistemológico onde a aparente inovação conviveu com a reprodução de hierarquias. Como demonstrou Foucault (2008a), mesmo os discursos de autonomia na formação médica operaram dentro de mecanismos de segurança que transformaram o cuidado em campo de controle (p. 84), silenciando saberes não-hegemônicos e medicalizando desigualdades. O resultado foi uma formação que, mesmo ao incluir estágios na Atenção Básica (Art. 24), não problematizou o lugar de poder do médico. Enquanto a PNAB exigiu "construção participativa do sistema de saúde" (Art. 3º, VII), as DCNs não mencionaram sequer a palavra "participação" em sua seção sobre educação. Essa ausência foi sintomática: a Educação em Saúde das DCNs preparou o aluno para gerir doenças, não para emancipar sujeitos — o que, nas palavras de Freire (1996), seria "educar para a libertação". Assim, a semântica das diretrizes curriculares não apenas se distanciou da PNAB, mas também naturalizou uma medicina que, mesmo no SUS, reproduziu hierarquias.

Enfim, ao ler as Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina de 2014 sob o viés da análise do discurso proposta por Fischer (2001), fui convocado a recusar explicações unívocas, interpretações fáceis ou a busca por um sentido oculto que encerrasse a questão. Foi a partir dessa recusa que comecei a perceber nas DCNs um discurso regulador que, ao mesmo tempo em que propôs uma formação médica voltada à integralidade, ao SUS e à equidade, preservou e reinscreveu a centralidade do saber médico como locus privilegiado de decisão, poder e intervenção.

Sob o verniz da humanização, o dispositivo médico reafirmou sua posição, não apenas como detentor de um saber técnico-científico, mas como gestor legítimo da vida, atuando como operador do biopoder nas práticas de saúde. A autoridade médica que emergiu desse texto

¹²⁹ A análise das estruturas hierárquicas de poder e saber é central para compreender como determinadas formas de conhecimento e práticas são legitimadas em detrimento de outras. No campo da saúde, isso se manifesta na supremacia do saber biomédico em relação aos saberes populares, tradicionais ou comunitários. O vocabulário "emancipador" das DCNs, neste contexto, pode ser interpretado como uma retórica que, embora aparentemente progressista, opera para manter e reforçar as relações de poder existentes, naturalizando a autoridade de certos atores e conhecimentos (BOURDIEU, 2007).

normativo não foi um resquício do modelo biomédico tradicional, mas uma versão atualizada, adaptada aos discursos contemporâneos de competência, eficiência e resolutividade. O cuidado, nesse cenário, foi ressignificado como produto de desempenho individual, e não como construção coletiva em saúde. Foi nesse ponto que compreendi como essa autoridade foi discursivamente constituída: como um sujeito ético, técnico e científico, habilitado a gerir tanto o sofrimento quanto os corpos, as populações, e os territórios — sempre reafirmando a fronteira entre quem cuidou e quem foi cuidada/o.

Essa contradição se aprofundou quando observei que a retórica da humanização e da formação crítica, tão presente nos dispositivos legais, foi atravessada por uma racionalidade neoliberal que subordinou o cuidado à produtividade e a subjetividade à funcionalidade. A/o médica/o formada/o por essas diretrizes foi, paradoxalmente, chamada/o a estar sensível às determinações sociais da saúde, mas sem romper, de fato, com o lugar hegemônico do saber médico na condução da vida. Reconheço nesse ponto algo pessoal: em diversas situações, percebi que minha postura ia na contramão do que se esperava de mim como médico. Ao acolher práticas populares de cuidado — como aceitar o uso de um prego mergulhado no feijão¹³⁰ para tratar anemia, ou ao não repreender alguém que insistia em fumar porque compreendia seu sofrimento —, eu agia fora dos limites do ethos médico dominante. No entanto, essas escolhas, longe de serem celebradas, geravam-me culpa, pois contrariavam o ideal técnico e normativo que aprendi a internalizar durante a formação. Só mais tarde entendi que essa culpa era efeito do modo como a autoridade médica foi constituída: como única forma legítima de cuidar, silenciando outras vozes, saberes e experiências. A medicalização do cuidado, portanto, não operou apenas nos serviços, mas também na arquitetura discursiva da formação profissional. Foi ali, no currículo, que se naturalizou a autoridade médica como figura de ordem, de verdade e de regulação.

Não por acaso, esse debate tornou-se ainda mais urgente durante o período da minha pesquisa, quando tive a oportunidade de acompanhar de perto a Consulta Pública para a proposta de revisão das DCNs de Medicina, realizada em fevereiro de 2025. Confesso que me surpreendi — e me mobilizei — diante do cenário político que se desenhava: entidades médicas, movimentos sociais, docentes, estudantes e gestoras/es do SUS disputavam não apenas um

¹³⁰ A prática do "prego mergulhado no feijão" é um exemplo de saber popular e de práticas de cuidado que, embora não chanceladas pela medicina ocidental hegemônica, fazem parte do repertório cultural e social de diversas comunidades. A menção a esse exemplo específico ilustra o conflito entre o ethos médico dominante (baseado em evidências científicas e protocolos) e a realidade das práticas de saúde da população, que muitas vezes combinam diferentes fontes de conhecimento e cuidado. Este contraste sublinha a tensão entre a biomedicina e outras formas de cura e bem-estar.

modelo de currículo, mas, sobretudo, o próprio papel social da medicina e da/o médica/o. Foi nesse espaço de disputa que percebi como a formação médica continuou sendo uma arena estratégica na luta por projetos de sociedade. De um lado, argumentos que insistiam na centralidade hospitalar, no especialismo e na neutralidade técnica; de outro, vozes que clamavam por um currículo comprometido com a atenção primária, a justiça social, a diversidade dos territórios e a pluralidade dos saberes - mas ainda com pouca participação popular no debate.

Assim, compreendi que minha pesquisa não se limitou a compreender como as DCNs de 2014 institucionalizaram a autoridade médica, mas se estendeu à tarefa de pensar como esse processo poderia ser tensionado, contestado e reconstruído em novas diretrizes. As mais de 12 mil contribuições recebidas na consulta pública (convém que eu me repita aqui - sem a participação popular na construção das diretrizes) revelaram que essa não foi apenas uma discussão técnica ou acadêmica, mas profundamente política. O que esteve em jogo foi a possibilidade de desestabilizar a autoridade médica enquanto instrumento de regulação da vida e, quem sabe, abrir brechas para novas formas de cuidado, menos hierárquicas, mais coletivas e comprometidas com a saúde como direito. O futuro da medicina brasileira está sendo disputado agora — e nele reside a chance de transformar a formação médica em um campo de resistência às desigualdades históricas que, por tanto tempo, naturalizaram o poder médico como destino.

5 EDUCAR COMO ATO POLÍTICO: ENCERRAMENTO CRÍTICO SOBRE NORMAS, SABERES E CUIDADO

Esta pesquisa partiu da seguinte questão: como os documentos normativos — a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina — constroem a “autoridade médica” na Educação em Saúde sob a ótica foucaultiana, e quais são seus efeitos nas práticas educativas e nas relações entre médica/o e usuária/o? Com esse propósito, analisaram-se os discursos oficiais, identificaram-se os dispositivos de poder que os atravessam e refletiu-se sobre as consequências desses arranjos normativos na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente nas práticas educativas e nas formas de relação entre os profissionais de saúde e a comunidade.

Cabe registrar que, apesar da intenção inicial de incluir também o Código de Ética Médica na análise, a limitação temporal impediu o aprofundamento necessário. Ainda assim, os dois documentos eleitos — a PNAB 2017 e as DCNs de 2014 — revelaram-se suficientes para compreender os efeitos simbólicos, institucionais e subjetivos que tais normativas produzem na APS. A investigação proporcionou respostas a questionamentos acumulados ao longo de mais de quinze anos de vivência no SUS, seja como usuário, profissional ou gestor.

A análise demonstrou que a autoridade médica é construída por uma trama de dispositivos legais, curriculares e organizacionais que reescrevem e atualizam a centralidade do saber biomédico como um regime de verdade, mesmo quando os documentos utilizam termos como “autonomia”, “participação social” ou “humanização”. Essa centralidade manifesta-se na delimitação de atribuições profissionais, na judicialização das práticas multiprofissionais (como no caso da prescrição de exames por enfermeiros), na explicitação detalhada do que enfermeiras/os podem realizar, em contraste com o silenciamento das práticas médicas nas normativas da APS, e na impossibilidade de ruptura com a lógica biomédica presente nas DCNs de Medicina.

A interdição a práticas populares e a ausência de diretrizes metodológicas para a adoção da Educação Popular em Saúde evidenciam uma hierarquização epistêmica que privilegia o saber técnico-científico e marginaliza o diálogo com os territórios. Essa assimetria epistêmica sustenta a autoridade médica como uma forma de poder que naturaliza hierarquias e obscurece outras formas de cuidado.

Esse arranjo normativo impacta de maneira direta as práticas educativas na APS. A análise dos documentos revelou a predominância de ações centradas na transmissão vertical de informações, voltadas para o desempenho técnico e o cumprimento de indicadores, com pouca

valorização dos saberes comunitários. A consulta pública da PNAB 2017, realizada em apenas dez dias, ilustra a fragilidade da participação social e a prioridade conferida à governança técnica sobre o debate democrático. Embora a Educação Popular em Saúde — tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) — tenha se consolidado como política pública em 2013, ela aparece de forma apenas periférica no texto da PNAB 2017, esvaziada de sua potência transformadora. O documento carece de orientações concretas que possibilitem a efetivação de práticas dialógicas, metodologias freireanas ou estratégias de escuta e cogestão.

As relações entre profissionais de saúde e usuárias/os também são marcadas por assimetrias de poder, mediadas por dispositivos disciplinares. A linguagem técnica e os rituais clínicos — como o exame físico — funcionam como mecanismos de legitimação da autoridade médica, transformando o corpo do paciente em objeto de intervenção. Tal dinâmica remete ao “olhar clínico” descrito por Foucault, que despersonaliza o sujeito e afirma o saber médico como norma de verdade. Tecnologias como o Telessaúde, o prontuário eletrônico e os sistemas de microrregulação são apresentadas como inovações, mas também operam como ferramentas de vigilância e padronização, reforçando uma lógica produtivista e normatizadora que regula tanto o fazer profissional quanto o acesso das(os) usuárias(os) aos serviços.

Os principais achados desta pesquisa apontam, portanto, que:

1. A autoridade médica é legitimada por dispositivos normativos que reforçam o saber técnico-científico como verdade institucional e política;
2. A Educação em Saúde permanece majoritariamente verticalizada, com escassa participação comunitária e silenciamento dos saberes populares;
3. As relações entre médica/o e usuária/o são atravessadas por dinâmicas de saber-poder que dificultam a construção de práticas de cuidado éticas, horizontais e emancipatórias.

Diante disso, torna-se imperativo revisar criticamente tanto as diretrizes curriculares da formação médica quanto as normativas da APS, de modo a integrar metodologias participativas — como as propostas pela Educação Popular em Saúde — e valorizar saberes não hegemônicos. Recomendo que os currículos da graduação em Medicina incorporem, de forma sistemática e contínua, disciplinas que abordem criticamente as relações de poder, a colonialidade do saber e os limites do paradigma biomédico. É igualmente fundamental que as políticas públicas ampliem e fortaleçam os espaços deliberativos — como conselhos, conferências e fóruns populares —, vinculando o financiamento não apenas a indicadores de produtividade, mas também à efetivação de práticas educativas baseadas no diálogo e na construção coletiva do cuidado.

Para investigações futuras, sugiro o aprofundamento da análise dos mecanismos de controle que regulam o campo da Educação em Saúde, especialmente quando comparados aos dispositivos que normatizam os procedimentos biomédicos. Além disso, o estudo de experiências locais de resistência — como as práticas integrativas autônomas, os projetos de biosofia e as estratégias de cuidado comunitário baseadas na cogestão — podem oferecer pistas para a construção de outras formas de cuidado e educação em saúde, mais sensíveis à realidade dos territórios e mais afinadas com os princípios do SUS.

Por fim, reconheço que a modernização proposta pela PNAB 2017, embora apresente avanços tecnológicos e organizacionais, também consolida formas de regulação que reforçam hierarquias históricas. A autoridade médica, nesse contexto, não é uma condição natural ou inevitável, mas o efeito de uma construção histórica e discursiva que pode — e deve — ser desnaturalizada. A partir das ferramentas teóricas de Michel Foucault, foi possível compreender que o cuidado em saúde é, antes de tudo, uma prática ética e política — e, portanto, passível de reinvenção. Reconstruir a atenção à saúde como espaço de partilha, escuta e potência coletiva é, mais do que um desafio técnico, um compromisso com a radicalidade democrática do SUS e com a dignidade das vidas que nele se inscrevem.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **CIT discute revisão da PNAB em reunião extraordinária**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2017. Disponível em: <https://abrasco.org.br/cit-revisao-pnab/>. Acesso em: 1 fev. 2025.
- AGÊNCIA BRASIL. **Junho de 2013: entenda o cenário de insatisfação que levou a protestos**. Agência Brasil, Brasília, 4 jun. 2023. Disponível em: agenciabrasil.ebc.com.br. Acesso em: 4 abr. 2025.
- AIRES, Marines; PACHECO, Luci Mary Duso. Educação e saúde: interface com a Política Nacional de Humanização. In: SILVA, Carolina de Ribamar e; ESPÍRITO SANTO, Erickson R. do; BANDO, Janaína Rossarolla; PORTO, Luana Teixeira; PACHECO, Luci Mary Duso (Org.). **Estado do conhecimento: a experiência investigativa em diferentes temáticas da educação**. Frederico Westphalen: URI Frederico Westphalen, 2023. p. 91-107.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e180, 2018.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 160-163, out./dez. 2007.
- ARIAS-CASTILLO, L., et al. **Perfil do médico de família e comunidade: Definição iberoamericana**. Santiago de Cali, Colômbia, 2010.
- ARRUDA, Enoghalliton de Abreu. **Medicalização e o contexto escolar: as Equipes Saúde da Família e o processo de transformação da medicalização**. 2020. 160 f. Doutorado em Educação. Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis, 2020.
- ARRUDA, M. C. **Medicalização da infância: o caso do TDAH em Pirapetinga-MG**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.
- AVANCINI, Rafael Chiesa. **Construção de ambientes éticos no contexto do serviço de traumatologia de um hospital universitário**. 2019. 86 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2019.
- BATISTA, Karina de Andrade. **Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): os sentidos produzidos sobre a infância na perspectiva de familiares e profissionais da educação educadores**. 2019. 164 f. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/51105>.
- BAUDRILLARD, Jean. **Simulacros e simulação**. Lisboa: Relógio D'Água, 1991.
- BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho. **Avaliação do processo educativo realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na atenção à hipertensão e**

diabetes em Recife. 2019. 89 f. Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães), Recife, 2019.

BEZERRA, L. C. **Educação permanente em saúde: experiências dialógicas no Nordeste brasileiro.** São Paulo: Hucitec, 2019.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Diretrizes.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/diretrizes/>. Acesso em: 8 nov. 2024.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Protocolos da Atenção Básica.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/protocolos-da-atencao-basica/>. Acesso em: 8 nov. 2024.

BOEFF, MURIEL CLOSS. **Um retrato da depressão: Investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica.** 2019. 194 f. Mestrado em EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE (UFMS - FURG) Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre.

BONFIM, ROSIMARA MORAES. **O corpo como território: Percepções de amputados de membros inferiores.** 2022. 101 f. Mestrado em GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO. UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE, Governador Valadares.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 08 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). ISBN 85-334-1186-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**. Brasília: Funasa, 2007. 70 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). ISBN 978-85-334-1639-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 4 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/en/legislacoes/portaria-gmms-no-2488-de-21-de-outubro-de-2011>. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013. 16 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15/04/25.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12842-10-julho-2013-776473-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Discurso da presidenta da República, Dilma Rousseff, durante cerimônia de lançamento do Pacto Nacional pela Saúde – Mais Hospitais e Unidades de Saúde, Mais Médicos e Mais Formação**. Portal do Governo Brasileiro, Brasília, 8 jul. 2013. Disponível em: www.biblioteca.presidencia.gov.br. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina**.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 10 de dezembro de 2014**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PMAQ-AB: manual instrutivo do 3º ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2016**. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos>. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. **Resumo Executivo da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**. 27 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2017/julho/resumo-cit-julho.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 220, seção 1, p. 97-99, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>. Acesso em: 01/04/25.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília, 2019. 108 p. 15 cm.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita**. Data de publicação: 22 out. 2020. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/10136#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Brasil%20tem%20mais,Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20atuando%20no%20territ%C3%B3rio>. Acesso em: 27 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família - DESF. **Cobertura da Atenção Básica no Brasil: período de julho de 2007 a dezembro de 2020**. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2023**. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos>. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>. Acesso em: 17/03/25.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020. 320 p. (Campo teórico). ISBN 978-65-596-4146-8.

CASSOL, C. V. Ambivalência, solidariedade e educação: entre o indivíduo e o social.

Revista Brasileira de Educação, v. 25, e250001, 2020. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1443-24782019250001>. Acesso em: 06/04/2025.

CASTRO, THAMIRES QUEIROZ. **Análise da lei 13.438 e suas implicações no cuidado em saúde mental infantil na atenção primária à saúde (aps)**. 2020. 157 f. Mestrado em SAÚDE DA FAMÍLIA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, Sobral.

CHARON, Rita. **Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Disponível em:

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decisão Judicial: Processo nº 1006566-**

69.2017.4.01.3400. 20ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Distrito Federal, Brasília, [s.d.]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/decisao_portaria2488.pdf. Acesso em: 16 mar. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO (COREN-MT).

Liminar proíbe enfermeiros de solicitar exames na Atenção Básica. Cuiabá, 18 out. 2017. Disponível em: <https://www.coren-mt.gov.br/liminar-proibe-enfermeiros-de-solicitar-exames-na-atencao-basica-de-saude-e-ameaca-o-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 16 mar. 2025.

CORDEIRO, SUZI MARIA NUNES. **O biopoder e a domesticação dos corpos infantis: estudo sobre o tdah e as representações sociais de diferentes profissionais acerca do suposto transtorno e da medicalização.** 2019. 260 f. Doutorado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, Maringá.

CREMEB - Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. **Parecer CREMEB nº 03/05.** (Aprovado pela 2ª Câmara em 06/01/2005). Expediente Consulta nº 107.773/04. Assunto: Relacionamento médico/paciente/família. Relatora: Consª Nedy Maria Branco Cerqueira Neves. Ementa: O médico tem direito de renunciar ao atendimento de paciente, exceto nas hipóteses previstas no art. 7º do Código de Ética Médica e desde que não o abandone, fornecendo a seu sucessor todas as informações necessárias para a continuidade dos cuidados. É direito do médico internar seus pacientes em hospitais privados ainda que não faça parte do seu corpo clínico, de acordo com o art. 25 e 76 do CEM. Salvador, 12 de novembro de 2004. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/>. Acesso em 18 de fevereiro de 2024.

CREMEB - Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. **Parecer CREMEB nº 62/05.** Salvador, 02 de maio de 2005. Aprovado pela 1ª Câmara em 01/09/2005. Expediente Consulta nº. 113.292/05. Assunto: Possibilidade de registro em prontuários de desentendimentos envolvendo médicos e pacientes. Relatora: Conselheira Teresa Cristina Santos Maltez. Salvador, 2005. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/>. Acesso em 18 de fevereiro de 2024.

CRM-MG (Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais). **Parecer CRM-MG nº 6/2018 – Processo-Consulta nº 6.181/2017.** Parecerista: Cons. Fabiana Prado dos Santos Nogueira. Ementa: O médico tem o direito de renunciar ao atendimento do paciente, caso ocorram fatos que prejudiquem o bom relacionamento com o mesmo ou o pleno desempenho profissional, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder, ressalvadas ainda as situações de urgência/emergência e se não houver outro médico para atendê-lo. Belo Horizonte, 9 de janeiro de 2018. Cons. Fabiana Prado dos Santos Nogueira, Parecerista. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/>. Acesso em 18 de fevereiro de 2024.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DAWSON OF PENN, Lord; BOND, C. J.; et al. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920.** Ministry of Health. London: His Majesty's Stationery Office, 1920. 45 p. Disponível em: <https://sohealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. **Alma-Ata, URSS,** 12 de setembro de 1978. Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia. Vol. 1.** Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Coord. Ana Lúcia de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995, p. 10–36.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, Washington, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 abr. 1977.

EPSJV/FIOCRUZ. **Cinco anos das Jornadas de Junho: um legado em disputa.** 15/06/2018.

FERREIRA, M. M. S. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina no Brasil: mudanças no processo de formação. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 17, e89451, 2023.

FERREIRA, Matheus Mendes dos Santos; MAIA, Luciana Colares; COSTA, Simone de Melo; CALDEIRA, Antônio Prates. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina no Brasil: mudanças no processo de formação. **Jornal de Políticas Educacionais**, Curitiba, v. 17, e89451, maio 2023. Disponível em: <http://10.5380/jpe.v17i0.89451>. Acesso em: 04/04/2025.

FINO, Carlos Nogueira. O Paradigma Fabril segundo Toffler e Gimeno Sacristán. In: **Novas tecnologias, cognição e cultura: um estudo no primeiro ciclo do ensino básico** (pp. 27-31). Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2000.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, nov. 2001. DOI: 10.1590/S0100-15742001000300009.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, novembro/2001.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: O uso dos prazeres.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v. 15).

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** 13. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 125-136.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de Raquel Ramallete. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política.** 2.ed. Organização e seleção de textos por Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a. (Coleção Campo Teórico).

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução de Eduardo Brandão. Revisão da tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008b. (Coleção Tópicos).

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 73-116, 117-180, 419-448.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Notas de Ana Maria Araújo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 65. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018. 256 p. ISBN 978-85-7753-164-6.

FREITAS, LEIA GONCALVES DE. **Políticas de assistência, proteção e educação à infância pobre, abandonada e órfã e as ações da Prelazia do Xingu no município de Altamira – Pará (1970-1979)**. 2019. Doutorado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, Belém.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri, SP: Atlas, 2022.

GOLDENZWEIG, ROMAN EDUARDO. **As doenças da cidadania: a integração dos pobres nos mundos da saúde**. 2020. Doutorado em ANTROPOLOGIA SOCIAL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro.

GOV.BR. Ministério da Saúde. **Apoio Institucional do Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/apoio-institucional-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 24 fev. 2025.

GOV.BR. Ministério da Saúde. **Cooperação em Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/cooperacao-em-saude>. Acesso em: 24 fev. 2025.

GOV.BR. Ministério da Saúde. **Cursos de Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/capacitacao>. Acesso em: 24 fev. 2025.

GUSSO, Gustavo; FALK, João Werner; LOPES, José Mauro Ceratti. Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti & DIAS, Lêda Chaves (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 130.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1987.

HAN, Byung-Chul. (2017). **Sociedade do cansaço**. (2ª edição ampliada). Petrópolis, RJ: Vozes. (Título original: Müdigkeitsgesellschaft). Giachini, Enio Paulo. (Trad.). ISBN 978-85-326-4996-6.

HARAWAY, Donna J. **Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature**. New York: Routledge, 1991.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IÑIGUEZ, Lupicínio (Coordenador). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Tradução de Vera Lucia Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. ISBN 85.326.3004-9.

KRIEGER, Nancy. Desigualdades em saúde: entrevista com Nancy Krieger. Entrevista concedida a José Leopoldo Ferreira Antunes. **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 177-194, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/GyzRKHCGZTpgFTPPcJ9WgcK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2025.

LEMKE, Thomas. **Biopolitics: an advanced introduction**. New York: New York University Press, 2011.

LIMA, MARLA FERNANDA BASTOS. **Medicalização da vida: um estudo sobre o contexto escolar SÃO**. 2020. 82 f. Mestrado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO, São Bernardo do Campo.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Princípios da medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G. et al. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p 96-100.

MALLMANN, Camila Luzia. **As práticas integrativas e complementares em saúde: uma análise da produção discursiva na mídia**. 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

MARINÊS; PACHECO, L. M. D. Educação e Saúde: Interface com a Política Nacional de Humanização. In: SILVA, C. R.; ESPÍRITO SANTO, E. R.; BANDO, J. R.; PORTO, L. T.; PACHECO, L. M. D. (Org.). **Estado do conhecimento: a experiência investigativa em diferentes temáticas da educação**. 1. ed. Frederico Westphalen/RS: Editora da URI, 2023. v. 1, p. 91-107.

MARTINEZ, HENNY LUZ HEREDIA. **Equidade no acesso dos adolescentes aos serviços de saúde: avanços, percalços e desafios do Sistema Público Nacional de Saúde na Venezuela**. 2019. 321 f. Doutorado em SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER. FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

MATTIONI, FERNANDA CARLISE. **PELAS LENTES DE MICHEL FOUCAULT: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. 2021. Doutorado em ENFERMAGEM. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre.

MATTIONI, Fernanda Carlise; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária: desafios e possibilidades em um contexto neoliberal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

MAIA, ROBSON BORGES. **Representações sociais de professores universitários sobre o aprimoramento cognitivo farmacológico**. 2019. 196 f. Doutorado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, Maringá.

MASSUDA, A. et al. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1381-1392, abr. 2020. DEBATE. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 27 maio 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. Ed. Xamã, 1998.

MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, p. 68. Recuperado de https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.

MONTEIRO, ANANAIRA. **Entre as frestas das políticas públicas: representações sociais de famílias de crianças em sofrimento psíquico grave**. 2020. 127 f. Mestrado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, Caxias do Sul.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **About the NHS Birthday**. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/nhsbirthday/about-the-nhs-birthday/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

NOGUEIRA, D. L., SOUZA, M. S., DIAS, M. S. A., PINTO, V. P. T., LINDSAY, A. C., & MACHADO, M. M. T. (2022). Educação em Saúde e na Saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. **Sanare**, 21(2), 101-109.

NÚCLEO TELESSAÚDE UFSC. **Tele-educação**. Disponível em: <https://telessaude.ufsc.br/teleeducacao>. Acesso em: 24 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Resolução WHA62.14 - Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. 62.^a Assembleia Mundial da Saúde, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf. Acesso em: 13 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 05 fev. 2024.

PESSANO, CAROLINA SCHAAN. **Docência na educação superior: a importância da gestão de pessoas para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho à luz da Psicologia Positiva**. 2020. 150 f. Doutorado em EDUCAÇÃO. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre.

POMER, Carolina Demaman; ROCHA, Cristianne Famer. Nau da Liberdade: travessia nômade entre teatro e saúde mental em desinstitucionalização. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 45-60, 2015.

PORTER, Theodore M. **Trust in numbers: the pursuit of objectivity in science and public life**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

REVEL, Judith. **Foucault: Conceitos Essenciais**. Tradução de Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. Tradução de Manuel José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamfarteli. Revisão técnica de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ROUSSEFF, D. Discurso da Presidenta da República durante cerimônia de lançamento do Pacto Nacional pela Saúde. Portal do Governo Brasileiro, 08/07/2013.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um Discurso sobre as Ciências**; Edições Afrontamento; Porto; 1988.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Construindo as epistemologias do Sul: antologia essencial**. Volume I: Para um pensamento alternativo de alternativas; compilado por Maria Paula Meneses et al. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2018. (Antologías del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño).

SANTOS, Pricila Kohls; MOROSINI, Marília Costa. (2021). O revisitado da metodologia do estado do conhecimento para além de uma revisão bibliográfica. **Revista Panorâmica**, 33, Maio/Ago. ISSN 2238-9210.

SANTOS, RIVALDO RODRIGUES DOS. **Os indícios do cuidado com o corpo nos inventários judiciais sergipanos (1821-1838)**. 2019. 117 f. Mestrado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE TIRADENTES, Aracaju.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; AMB, 2023. 344 p. ISBN 978-65-00-60986-8.

SCHÄFFER, Gabrieli; CASSOL, Claudionei Vicente. Biosofia e educação: sabedoria de vida para todos e todas. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 9, p. 15934-15956, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.9-129.

SCLIAR, Moacyr. Saúde, Cultura e Democracia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 117-123, 2002.

SILVA, FABIO HENRIQUE. **Quem sabe sobre aquele que não aprende? Um estudo sobre a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde**. 2020. 161 f. Mestrado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte.

SILVA, FERNANDO GUIMARAES OLIVEIRA DA. **Vidas precárias de estudantes trans: educação, diferenças e projetos de vidas possíveis?**. 2019. 170 f. Doutorado em EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, Maringá.

SILVA, Lígia Maria Vieira-da; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. p. 5.

SILVEIRA, J. L. G. C. et al. Percepções da integração ensino-serviço comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190499, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190499>. Acesso em: 26 mai. 2025

SILVEIRA, R. P.; ROCHA, C. M. F. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e180906, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/g4mVXGJ8hC8VJJGptmdH5Sg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180906>.

SINGER, André. Brasil, junho de 2013. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 97, p. 23–48, nov. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002013000300003>. Acesso em: 27 maio 2025.

STARFIELD, Barbara. (2002). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. (726p). ISBN: 85-87853-72-4.

STELET, BRUNO PEREIRA. **Medicina Narrativa e Medicina Baseada em Evidências na formação médica: contos, contrapontos, conciliações**. 2020. 191 f. Doutorado em SAÚDE PÚBLICA. FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

Tolotti, G. K., Rotoli, A., & Aires, M. (2017). Educação permanente em saúde: concepções e práticas dos enfermeiros na estratégia de saúde da família. **Revista De Enfermagem Da UFSM**, 7(4), 550–561. <https://doi.org/10.5902/2179769225273>.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a Educação**. 2 ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 160 p. (Pensado).

VIRCHOW, Rudolf Carl. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 12, p. 2102–2105, 2006. DOI: 10.2105/AJPH.96.12.2102. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.96.12.2102>. Acesso em: 27 maio 2025.

Wendt CJK, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LMG. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. **Rev Bras Enferm**. 2015;68(3):350-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680305i>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevalência de burnout entre profissionais de saúde da atenção primária em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática e**

meta-análise. Bulletin of the World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9178426/>. Acesso em: 30 mar. 2025.