

Ilusões Oferecidas às Pessoas com 'Problemas de Pressão' na Ceilândia, DF

Soraya Fleischer^a

A Unidade Básica de Saúde, por ser o segundo mais numeroso equipamento social encontrado no país, funciona como uma oportunidade para vislumbrar como o Estado percebe seus usuários e como decide lhes oferecer serviços e fazer cumprir seus direitos. Nas UBS, o principal público consiste nos pacientes com doenças de longa duração, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Esse artigo pretende se concentrar no lugar, por excelência, em que esses usuários encontravam várias vezes ao ano o Estado – o consultório médico. A partir da etnografia de 126 consultas, o objetivo será compreender como a política chegava a esta população que está nas franjas do Estado, considerando que a pesquisa foi realizada na Ceilândia, periferia geográfica e simbólica da capital federal. Foi possível notar como sucessivas ilusões eram oferecidas ao público no que tange o Programa HIPERDIA (Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes), o encontro clínico estabelecido entre médico e paciente e os serviços de saúde na atenção primária voltados para populações de classe popular.

Hipertensão arterial; Ceilândia; Antropologia da saúde; Estado.

O consultório como *locus* do Estado

Há algumas razões em eleger o encontro clínico em unidades básicas de saúde (doravante UBS) para pensar a relação entre saúde e pobreza nos grandes centros urbanos na atualidade. Qualquer tipo de

a Professora do Departamento de Antropologia (UnB). Email: soraya@unb.br.

atendimento por parte de equipes profissionais a cidadãos configura um encontro entre o Estado e sua população (Lipsky 1980). Balcões de atendimento, salas de aula, delegacias e também consultórios são, por exemplo, espaços em que o Estado e o cidadão se encontram face a face. É uma oportunidade para se entender como o Estado percebe seus usuários e como decide lhes oferecer serviços e fazer cumprir seus direitos. A UBS é o segundo mais numeroso equipamento social encontrado no país. Com cerca de 40 mil unidades, só perde para as escolas, com quase 200 mil unidades. Por isso, as UBS e as escolas são facilmente encontradas e identificadas como a presença local do Estado.

Como qualquer espaço de atuação do Estado, numa UBS também é possível visualizar uma política pública acontecendo na prática depois de ter sido desenhada nas pranchetas dos técnicos na esfera federal e distrital. Por isso, uma UBS ajuda a conhecer e compreender como o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona em seu cotidiano mais mezinho e constante. No caso da Ceilândia, uma das 41 regiões administrativas (RA) do Distrito Federal, há certa configuração de 'Estado', encontrada com facilidade em outras periferias dos centros urbanos ao redor do país. Por se tratar de uma RA com grande heterogeneidade social tendendo às classes populares e por ter sido historicamente associada a uma simbologia de desestruturação institucional e violência urbana (Tavares 2012), percebo, como bem sugeriram Das e Poole (2008), uma presença do 'Estado nas margens'. Para as autoras, a 'margem', sempre cambiante, poderia se referir à relação do Estado com as pessoas pouco socializadas no marco legal, com as práticas nas fronteiras da i/legibilidade e nos espaços em que corpos, leis e disciplina se encontram. Todas essas facetas pude notar em campo, mais particularmente as duas últimas. Mesmo a somente 40km da capital federal, onde estão as pranchetas e os recursos, considero que o Estado chega apenas marginalmente à Ceilândia. Nesse contexto, estar dentro de uma UBS na Ceilândia permite que se observe como o Estado se comporta diante do desafio da pobreza, de territórios es-

tigmatizados e perpassados por outras fontes de autoridade como as lideranças do tráfico de drogas, as famílias migrantes e extensas, as inúmeras igrejas neopentecostais e uma memória coletiva permeada por um Estado ausente¹.

No caso das doenças tidas como ‘crônicas’, como é o caso dos ‘problemas de pressão’ aqui retratados, os encontros clínicos entre as pessoas e os profissionais da saúde tendiam a ser rotineiros e continuamente repetidos. Diferente de doenças infectocontagiosas, o Estado não era chamado a agir somente em momentos episódicos e/ou críticos. Ele precisava continuar se fazendo presente por longo tempo. Esse quadro permitia que esses usuários tivessem muitas ocasiões de notar a presença do Estado e, mais importante, de acumular e aprimorar uma avaliação das ações propostas.

Assim, eu e as equipes de pesquisa que tenho coordenado desde 2008, quando primeiro começamos a frequentar a Ceilândia, tivemos a oportunidade de conhecer diferentes cenários onde os ‘problemas de pressão’ eram discutidos. Ao longo desses anos, muitas conversas e entrevistas aconteceram nas varandas, salas de estar e cozinhas das casas dessas pessoas, nos portões e calçadas de vizinhos, nos grupos de ginástica e forró para idosos e, na UBS, estivemos nas salas e corredores de espera, nas salas de acolhimento e reuniões, na farmácia, consultórios médicos e na lanchonete informal que fica do lado de fora do seu território. Comumente, estive acompanhada de estudantes de graduação, aprendendo a ser pesquisadores (Fleischer 2012a). Tirei poucas fotos, mas tomei muitas notas mediante o assentimento das pessoas e, de noite, transformava essas notas em diários de campo mais densos e longos. Já são cerca de 2.300 páginas até o momento, minha principal matéria prima para refletir sobre a Ceilândia. Vários desses projetos passaram por comitês de ética e o projeto específico relativo a esse artigo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Instituto de Humanas da Universidade de Brasília em 2014.

Nesse artigo, concentrarei sobre o lugar, por excelência, em que as pessoas que conviviam com doenças crônicas (como os ‘problemas

de pressão’) encontravam várias vezes ao ano o Estado – o consultório médico. Nos turnos dedicados aos pacientes do HIPERDIA (Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes), entre 7h30 e 10h30, os médicos atendiam no máximo 20 pacientes. Foram acompanhadas 126 consultas de ‘hipertensão’ realizadas por dois clínicos gerais ao longo do segundo semestre de 2014. Cada um desses pacientes foi perguntado sobre a concordância com a nossa presença e nossas anotações dentro do consultório. Somente uma pessoa preferiu que não ficassemos. Sentávamos em bancos de plástico a um canto com uma visão privilegiada do perfil dos dois personagens que interagiam entre si, poucas vezes se dirigindo à nossa presença.

Nesse artigo, pretendo pensar, a partir dessas consultas, como a política de hipertensão chegava a esta população que está nas franjas do Estado. Considerando que 50% da população com mais de 60 anos e 75% acima de 70 anos de idade no país (SBC/SBH/SBN, 2010: 1) convive com flutuações da pressão arterial e corre certo risco de sofrer derrames fatais ou incapacitantes, considero relevante pensar sobre a factibilidade do desenho dessa política. Segundo os manuais biomédicos do SUS, uma boa política de prevenção e controle da pressão arterial evitaria os acidentes vasculares e os vários sofrimentos daí decorrentes (*ibid*). A prevenção parece também evitar custos adicionais no oferecimento de serviços de saúde por parte do Estado.

A ilusão do HIPERDIA

Quando se menciona UBS e consultórios, a associação mais imediata é o encontro clínico entre o profissional da saúde e o paciente. Desde Talcott Parsons (1951) até Boltanski (2004), por exemplo, há muitos estudos sobre esse tipo de relação, particularmente nas últimas décadas (Caprara & Franco 1995; Caprara & Rodrigues 2004). O foco dos estudos, em geral, tem sido a necessidade de aprimorar a comunicabilidade entre os dois atores. Quando uma consulta se iniciava, em poucos segundos, o paciente era interrompido pelo médico,

que passava a liderar as perguntas e enunciados da conversa. Comportamento passivo e deferencial era esperado do paciente. Havia jargão técnico (hermético, esotérico e endógeno) dificultando o entendimento por parte do paciente sobre o diagnóstico e o tratamento. Muitos dos ‘problemas de comunicação’ apontados nas recentes etnografias de consultório (Ferreira 2011; Calvo-Gonzalez 2010; Souza & Garnelo 2008), eram observados nessa UBS na Ceilândia. Porém, nesse artigo, minha intenção é discutir não só as diferenças de concepções culturais, mas também o **tipo de serviço** que as políticas e seus executores decidiam oferecer aos pacientes de classe popular ali perto da capital federal.

As ações voltadas para cuidar e tratar das patologias de ‘Hipertensão Arterial Sistêmica’ e ‘Diabetes Mellitus’ constituem uma das grandes prioridades da política ministerial de saúde no Brasil. O Programa HIPERDIA (um acrônimo que reúne o início dos nomes das duas patologias) prevê prioridade de consultas, exames e medicamentos aos pacientes diagnosticados. Um conjunto de fármacos básicos está incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e nas farmácias públicas que os oferecem (e, geralmente, cada UBS conta com uma em suas dependências) e também recentemente foi disponibilizado de modo subsidiado nas farmácias populares a cerca de 10% do preço comercial. Além das doenças que almeja prevenir e tratar, o HIPERDIA é considerado como a espinha dorsal da atenção básica e contabilizado com esmero pelas estatísticas computadas ao final de cada mês, garantindo assim a continuidade de envio de recursos para cada UBS.

Havia 12 UBS na Ceilândia e, no caso daquela que frequentamos, três médicos, de um quadro de meia dúzia, dedicavam um ou dois turnos por semana para a clientela de ‘hipertensos’. Um deles era do Programa Mais Médicos. Dessa forma, apenas duas consultas eram oferecidas a cada paciente quando a política do HIPERDIA preconiza encontros quadrimestrais e trimestrais ao longo do ano à ‘hipertensão’ e ‘diabetes’, respectivamente. Os pacientes, ao entrarem no ‘gru-

po do HIPERDIA', tinham suas consultas médicas marcadas automaticamente, sem a necessidade de ficar em longas filas para conseguir uma das disputadas vagas. Essa era uma grande vantagem apontada pelo público com 'problemas de pressão'. Os pacientes ansiavam pela consulta e sabiam 'de cor' a data da próxima consulta, mesmo que distasse meses a frente.

No dia da consulta, tinham sua pressão arterial aferida pelas técnicas de enfermagem, assistiam a uma palestra com a enfermeira ou a um documentário educativo e se dirigiam aos bancos do corredor para aguardar pela consulta médica. Ao final, com a receita na mão, deveriam retirar o medicamento na farmácia local. Essas eram as atividades do 'grupo'. Nos bancos, esperavam cerca de duas horas para serem atendidos de dez a quinze minutos, no caso da primeira consulta, e de quatro a cinco minutos, no caso das consultas seguintes. Essa UBS tinha, mais ou menos, 1.500 'hipertensos' cadastrados, mas muitas outras pessoas com 'problemas de pressão' precisavam esperar muitos anos até conseguirem ser cadastradas nos 'grupos do HIPERDIA', o que acontecia quando algum participante perdesse a vaga por inadimplência, mudasse do bairro ou viesse a falecer. Enquanto isso, madrugavam para conseguir um 'encaixe' ou recorriam ao SAMU e às emergências hospitalares nos momentos de 'picos de pressão'. Estes estavam fora do círculo de cuidado oferecido pelo HIPERDIA.

Grande parte da consulta era dedicada a duas tarefas: a apresentação dos resultados dos exames laboratoriais e a prescrição dos medicamentos. Como outras pesquisas têm mostrado (Guzman & Iriart 2009; Greene 2007), era a partir dos números que a conversa acontecia, já que o médico fazia perguntas, levantava suspeitas e orientava as ações do tratamento a partir do que via nos exames. 'Exame' não se referia ao exame clínico, já que o corpo do paciente não era tocado, salvo no aperto de mãos inicial e nos raros casos em que uma ausculta coronária era realizada. Mas se referia às medições por esfigmomanômetro e hemogramas feitos em laboratório. As queixas dos pacientes e o histórico clínico que era acumulado nos prontuários

eletrônicos ajudavam, mas eram os números a orientar o que seria registrado nas prescrições.

Os medicamentos receitados pelos três médicos faltavam recorrentemente na farmácia local, que ficava no final do corredor daquela UBS. O farmacêutico buscava atualizar os itens faltantes a cada semana em uma folha impressa e afixada dentro do consultório médico, na janela do balcão da farmácia e também perto do principal telefone da instituição, que ficava no corredor interno, podendo ser atendido por qualquer funcionário que por ali estivesse passando. Os pacientes eram empurrados discretamente para soluções privadas, destinando seus orçamentos à compra dos medicamentos ou abrindo mão dos mesmos, quando alimento, aluguel ou outros itens de sobrevivência precisavam ser priorizados. Essa falta era tão naturalizada que os médicos estavam sempre dispostos a adaptar a posologia aos itens disponíveis na farmácia (prescrevendo, por exemplo, dois comprimidos de 20g em vez de apenas um de 40g); listavam rapidamente o nome das farmácias mais próximas onde os medicamentos prescritos poderiam ser encontrados; empenhavam-se em explicar como o paciente poderia se cadastrar nas farmácias populares para conseguir os itens a preços mais acessíveis; distribuíam amostras grátis de fármacos deixados ali pelos representantes farmacêuticos (embora fosse apenas uma caixa, insuficiente para tratamentos prolongados, como é o caso dos ‘problemas de pressão’). De fato, os médicos reconheciam que dispêndios com medicamentos eram uma realidade árdua para os pacientes e ouvia bastante: “Não estou tomando, doutor, porque não tenho condições”. Em resposta, ouvi: “O aas é preventivo e o Estado deixa faltar” ou “O dinheiro para mensalão não falta, mas para atorvastatina não tem”, como um dos médicos, que aqui chamo de Dr. Luís, proferiu, por exemplo.

Os exames, tão centrais para fechar diagnósticos e desenhar tratamentos, eram também de difícil acesso. Os hemogramas eram feitos ali mesmo na UBS, mas só depois de várias semanas o paciente era convocado para ter suas amostras de sangue coletadas e vários meses

para que os resultados estivessem concluídos. Muitas vezes ofereciam um retrato desatualizado das condições de saúde do paciente – viravam apenas uma ‘sombra do corpo’ – ou só ficavam prontos depois da próxima consulta. Ouvi que muito do atraso se devia a ‘falta de reagente’ ou ‘falta de funcionário’ para digitar os resultados dentro do ‘sistema’ de prontuários eletrônicos. Também aqui, como no caso dos medicamentos, os médicos induziam a saída privatista, sugerindo que os exames fossem pagos pelos pacientes nos laboratórios particulares da região. Procuravam incentivá-los com informações sobre os preços: “Deve ser uns R\$15 o hemograma, baratinho, dá para fazer”. Parecia um contrassenso que a consulta se baseasse centralmente em resultados desatualizados ou irrealizáveis. Sem eles, o paciente receberia uma consulta de menor qualidade como consequência. A posologia não seria ajustada, medicamentos auxiliares não seriam prescritos (para ‘gordura no fígado’, colesterol, ácido úrico), especialistas complementares não poderiam ser acionados já que não se saberia que parte do corpo do paciente precisava de reforço.

Ainda assim, muitas vezes vi aventada a visita a médicos especialistas. Nutricionistas, psicólogos/psiquiatras, angiologistas, neurologistas, nefrologistas eram os mais procurados pela relação com as complicações dos ‘problemas de pressão’, como a obesidade, o estresse, varizes, AVCs, nefrites. Os médicos estavam sempre dispostos a preencher o formulário de encaminhamento para que seus pacientes conhecessem outros colegas. Dificilmente, porém, essas folhas de papel virariam consultas de fato. Ouvi esperas de mais de três ou quatro anos por uma consulta desse tipo. Uma senhora me contou que quando ligaram para informar sobre a marcação de uma consulta especializada para sua mãe idosa, foi preciso lembrar ao funcionário da UBS que ela havia falecido alguns meses antes sem atendimento. Face às consultas, exames e medicamentos, os encaminhamentos eram a possibilidade mais improvável de ser alcançada pelo paciente.

Curiosamente, como inexistiam exames para medir o ‘estresse’ ou qualquer outro tipo de sofrimento mental – frequentemente respon-

sabilizado pelos pacientes pela elevação pressórica –, medicamentos ansiolíticos eram prescritos com grande facilidade. Em nenhuma das 126 consultas, vi pacientes serem encaminhados a psiquiatras, conhecidamente escassos na Secretaria de Estado de Saúde (SES). Nesse sentido, talvez a insurgência deste tipo de sofrimento também se devesse às sucessivas negativas encontradas nos serviços de saúde. Talvez uma espécie de adoecimento iatrogênico estivesse em curso.

As consultas, os exames e a distribuição gratuita de medicamentos – todo um pacote do HIPERDIA, sempre anunciado nas campanhas de candidatos à eleição de governadores e presidentes – figuravam mais e mais como uma ilusão. Assim, dada essa limitada infraestrutura e a naturalização dessa realidade, percebo que a medicina que chegava à Ceilândia (e a tantas outras áreas periféricas do país) era de segunda classe. O HIPERDIA, sempre anunciado como prioridade, na prática era uma política de vitrine.

A ilusão da consulta

Dado esse quadro mais contextual sobre o HIPERDIA e a forma como tenho circulado pela cidade, vale deter-me um pouco mais sobre a consulta numa UBS, esse privilegiado espaço de encontro entre os representantes oficiais do Estado e a população. Conforme Ferreira,

“Se pensarmos a consulta médica como uma ação que se desenrola em um tempo e espaço definidos em que os atores sociais, no caso o médico e o paciente, possuem atos e falas que seguem uma sequência preestabelecida, podemos entender esse contexto como um drama social no mesmo sentido de Goffman” (Ferreira 2011: 217).

As consultas tinham exatamente esse sentido, na forma de um ritual bastante consolidado:

- cumprimentos e troca de amenidades no início, enquanto médico e paciente se ajeitavam em suas respectivas cadeiras de plástico;
- medições da pressão arterial eram anunciadas, seguidas de elogios efusivos (quando os resultados fossem tidos como positivos

pelo médico) ou reprimendas infantilizadoras (com resultados no outro extremo);

- exames laboratoriais eram lidos em voz alta de modo sintético e traduzido pelo médico;
- medicamentos prescritos conforme os resultados dos exames, numa relação proporcional, quanto mais altos os números, mais longas eram as receitas;
- encaminhamentos preenchidos para consultas de especialistas;
- demais queixas eram anunciadas pelo paciente, no sentido de aproveitar a oportunidade da consulta, e eventualmente remediadas pelo médico;
- últimas recomendações para ‘bom comportamento’ eram oferecidas ao mesmo tempo em que rápidas despedidas eram protocoladas.

Consultas na atenção básica se assemelham muito a esse *script*, largamente conhecido pelos pacientes, sobretudo aqueles ditos ‘crônicos’ que persistiam nos consultórios ao longo dos anos. Para além das limitações infraestruturais, vale pensar também sobre as limitações encontradas no nível das trocas simbólicas operadas entre os dois personagens no consultório. Concentrar-me-ei nas diferenças interpretativas dos fenômenos relacionados à ‘pressão’ e nos subsequentes ruídos que daí derivavam.

Como vários estudos mostraram, a lógica interpretativa da biomedicina sobre a doença prima pelos indícios anátomo-fisiológicos (Foucault 1994[1963]). Dr. Luís e seus colegas observavam, sobretudo, os exames, mas também os sinais somatológicos, o histórico e, eventualmente, os relatos proferidos pelos pacientes. Concluía o que a literatura médica lhes ensinava, que sedentarismo, tabagismo, alimentação, preponderância genética eram as principais causas da ‘hipertensão’. Nesse consultório, eu vi senhoras relatarem as chateações que tinham ao tomar conta de seus netos, os conflitos com cônjuges, afins, vizinhos e patrões, o calor seco e intenso de Brasília, os medicamentos

muito ‘fracos’ ou muito ‘fortes’, a síndrome do jaleco branco e o envelhecimento como principais causas do desenvolvimento e das oscilações da pressão arterial (Carvalho *et al* 1998; Firmo *et al* 2004; Fava *et al* 2013; Fleischer 2013). Médicos percebiam a ‘hipertensão’ como doença; pacientes percebiam os ‘problemas de pressão’ como um sofrimento, por excelência, relacional. Os nomes e as causas etiológicas dessa experiência diferiam de cada lado da mesa do consultório.

Assim, os pacientes tendiam à responsabilização coletiva e também estrutural para a elevação eventual ou permanente da pressão. Atritos com membros da família nuclear e extensa, desemprego, luto, cuidado de parentes com derrames ou deficiências, desfalque de medicamentos nas farmácias públicas, consultas médicas muito espaçadas, dificuldade de aferir os níveis pressóricos na sala de acolhimento na UBS eram exemplos nesse sentido. Ao passo que a responsabilização individual geralmente orientava a forma como o profissional interpretava a situação. Segundo um dos clínicos, a pressão se mantinha ‘controlada’ se o paciente seguisse a ‘teoria da cadeira de três pernas’: consumo correto dos medicamentos alopáticos prescritos, realização de exercícios físicos com regularidade, dieta alimentar sem sal e gordura. Eram dois conjuntos de concepções distintos e, por vezes, bastante incomunicáveis a respeito do corpo, da pessoa e do adoecimento (Duarte 1986).

Dr. Luís, certa vez, enunciou: “Eu sempre falo [olhando para nossa equipe] que o hipertenso tinha que mudar tanta coisa depois que fica hipertenso, mas tanta coisa que até tinha que mudar de nome. Só o remédio não adianta”. Esse médico esperava uma mudança, uma verdadeira conversão a um ‘estilo de vida de hipertenso’ e, mais importante ainda, a enunciação do comprometimento com esse estilo. E, para saber o nível com que isso acontecia, partia de um escrutínio dos indícios emitidos pelos pacientes: medições pressóricas, exames, memorização da posologia e nomes dos medicamentos, assiduidade no ‘grupo do HIPERDIA’ etc. Chegava, assim, à tipologia dos pacientes, que variavam dos mais ‘disciplinados’ e ‘controlados’ – chamados

por ele de ‘especiais’ – até a outra ponta, sempre com a pressão ‘descontrolada’, chamados de ‘relapsos’, ‘relaxados’ ou ‘descompensados’. Os pacientes, como já mencionei, nem sempre definiam o ‘problema de pressão’ como uma doença e, por conta disso, nem sempre viam a necessidade de uma conversão existencial, dedicação plena ou prioridade para esse problema.

A medicamentação pareceu ser um fenômeno intenso nessas consultas, tanto porque era a principal expectativa dos pacientes quanto porque o médico poderia comunicar muita coisa por meio da prescrição. Consultas sem receitas ou com receitas minguadas eram extremamente criticadas pelos pacientes no corredor de espera: “Esperei aqui duas horas e ele não me passou nada?”. Por outro lado, medicamentos demais alarmavam os pacientes, pensando-se gravemente adoentados. Muitos tinham receio de tomar muitos medicamentos, vistos como potencialmente intoxicantes e danosos. Vários pacientes, que tinham origem rural, associavam os medicamentos aos agrotóxicos, como ‘venenos’ que podiam ameaçar a saúde ao tentar restabelecê-la. À medida que os médicos iam perguntando e, em seguida, explicando sobre cada item da receita, eles também já o passavam a limpo numa nova receita. Esse era um dos rituais mais comuns dentro dos consultórios, chamado de ‘troca de receita’. Era necessário porque a receita tinha validade de alguns meses apenas. Depois desse prazo, era impossível ter acesso – ‘pegar’ ou comprar – o fármaco prescrito. Na nova receita, medicamentos eram retirados ou acrescentados. Dr. Luís, por exemplo, suprimia itens, no caso dos pacientes mais regrados, os ‘especiais’. A nova receita comunicava uma premiação raramente distribuída. Diante desse paciente que dava provas de sua conversão à ‘teoria da cadeira’, o médico reagia com entusiasmo. Relevava eventuais picos de pressão, oferecia amostras grátis de medicamentos, dava dicas sobre alimentação, perguntava sobre a família, falava do Nordeste, região que geralmente tinha em comum com os pacientes. Ao passo que acrescentava mais itens quando se deparava com pacientes ‘relaxados’, que repetidamente chegavam ao consultório com a

pressão fora dos padrões esperados. Claro que ficava preocupado com essa pressão ‘descontrolada’, mas sugiro haver certa penalização nesse ato médico também. Evidenciava sua forma de classificar os pacientes, em mais ou menos cooperativos, mais ou menos convertidos no ‘estilo de vida de hipertenso’ e, como consequência, premiando os primeiros ou retaliando os segundos.

Preciso acrescentar que um item poderia ser retirado da receita porque a SES havia disponibilizado um único fármaco que condensasse os efeitos de dois outros. O paciente poderia relatar e o médico perceber que o medicamento estava produzindo dano, como um diurético que ‘afinasse o sangue’, mas contribuísse negativamente para o ácido úrico. As tentativas dos médicos eram genuínas ao tentar ajudar sua clientela. Ainda assim, Dr. Luís admitiu: “A Secretaria compra o básico, mas existem outros remédios deste tipo que são até melhores” ou “A Secretaria só compra o arroz com feijão. Os melhores remédios ela não compra”. Admitir essa informação sobre a SES indicava que os remédios também tinham limitações sendo, portanto, impossível responsabilizar integralmente os pacientes pela alteração da pressão. Mas só os pacientes tidos como ‘especiais’ e controlados mereciam saber disso, não os ‘relaxados’ que, supostamente, não vinham se esforçando a despeito da má qualidade de medicamentos que estivessem ingerindo.

A penalização do ‘relaxo’ se acentuava pela baixa qualidade dos remédios, já que o paciente poderia passar mal não somente porque a pressão não conseguiria ser tratada com esses itens, mas também pelos efeitos colaterais de tantos itens. Assim, sugiro que a forma de reprimir a insubordinação ou resistência era bioquímica, mas também moral. Em uma consulta, ouvi o médico dizer à paciente: “Quero que você perca peso. Se você perder, posso até suspender o remédio. Coisa chata é tomar remédio, não é? Tem que perder peso”. Enquanto não acontecesse a conversão ao ‘estilo de vida de hipertenso’, o medicamento estaria presente. Esse dado é interessante para pensar porque, por mais que os médicos dessem mais atenção ao corpo físi-

co (na figura dos números), era o comportamento de seus pacientes que desejavam mudar. No final das contas, portanto, reforçava-se o químico, na figura dos medicamentos, enquanto o sociocultural não entrasse em cena. Talvez indiretamente reconhecessem que os hábitos e escolhas dos pacientes interferissem mais no ‘controle’ da pressão do que os medicamentos, era só uma questão de tempo para conseguir que ‘relapsos’ se tornassem ‘compensadinhos’, como tanto esperava a equipe do HIPERDIA. Diante desta profusão de desencontros que alimentavam a conversa desenvolvida entre paciente e clínico, temo chamar uma consulta de encontro.

Táticas dos pacientes

Os pacientes sabiam da escassez de recursos e da rapidez das consultas, mas tentavam orientá-las taticamente. Os pacientes não eram completamente passivos, nessa evidente e histórica relação assimétrica. Inspirada por De Certeau (1996) e Baktin (1987), eu notava respiros mais ou menos planejados para fazer o melhor uso possível dessas consultas do HIPERDIA que aconteciam duas vezes por ano. Assim, desejo evitar uma polarização ou, pior, um maniqueísmo entre profissionais e usuários. Parto da ideia de ‘saúde popular’ que compreende práticas não oficiais, não hegemônicas e, sobretudo informais que acontecem fora mais também dentro das instituições de saúde (Fleischer 2014). Assim, são ‘populares’ não só porque, muitas vezes, partem de sujeitos da classe popular, mas porque se distinguem dos modelos enunciados como ideais e também porque provocam tais modelos a se abrirem às realidades da grande maioria das pessoas que utilizam os serviços onde esses ideais são preconizados. Notar a presença de práticas populares é atentar para as discretas, variadas e minúsculas resistências que acontecem todos os dias dentro das estruturas do Estado, realizadas por todos os atores que por ali circulam, não apenas os pacientes. Vejamos algumas dessas táticas no que tange a tecnologia, os serviços e a autoridade médica no caso dos ‘problemas de pressão’.

No caso dos serviços, os pacientes do HIPERDIA aproveitavam que tinham acesso facilitado ao consultório médico para trazer vários assuntos. Muitas vezes, logo depois de ouvir por parte do médico: “Como você está hoje?”, as pessoas listavam dores e incômodos que vinham sentindo nos últimos dias. Já aqueles pacientes que, a meu ver, tinham entendido que a consulta precisava, primeiro, cumprir o ‘ritual da hipertensão’, deixavam para trazer esses outros assuntos ao final, diante da pergunta: “Então, mais alguma coisa?”. Vi também acompanhantes de pacientes aproveitarem para dirigir suas queixas ao médico, realizando, portanto, duas consultas em uma. No caso de não conseguir resolver essas outras queixas nessa UBS, partia-se para a próxima tentativa, isto é, o encaminhamento para especialistas nos hospitais maiores. Sabiam que só conseguiriam chegar a estes outros médicos com um formulário preenchido pelo ‘médico da pressão’. Mais recentemente, ‘troca de receita’, como acima descrito, era o que mais justificava a consulta. Até pouco tempo atrás, as receitas valiam por muitos anos e tudo poderia ser resolvido entre o paciente e o farmacêutico, diretamente no balcão da farmácia. Naquela época, os pacientes evitavam as expectativas de conversão por parte do médico, bem como a suspeita, o escrutínio, a admoestação que vinham a reboque. Além disso, os pacientes também esperavam por atestados médicos para explicar ausências do trabalho e evitar retaliações ou perda de direitos junto aos empregadores (desconto do salário, advertências etc.).

Os medicamentos, por sua vez, não eram consumidos de forma passiva e acrítica pelas pessoas desse bairro. A cada novo item prescrito, havia um período de testagem sobre sua força e eficiência. Ao tomar a dose, ficavam atentos para efeitos colaterais do fármaco ou, na outra ponta, ineficiência para ‘controlar’ a pressão. Se tivessem muitos itens por consumir e julgassem que a situação não era tão grave assim, era comum ver alguns destes itens serem deixados de lado, trocados ou doados a parentes e vizinhos, devolvidos à farmácia. O medicamento precisava promover benefícios e não o corpo deveria se adaptar ao medicamento a qualquer custo (Fleischer 2012b e 2013).

Diminuir ou pular a dose, negociar sua suspensão com o médico e, ao fim, deixar de tomá-lo completamente eram expressões da ressalva que essas pessoas guardavam sobre os medicamentos, mas poucos tinham coragem de admitir mudanças posológicas no consultório. Foi convivendo com as pessoas em suas casas que eu melhor conheci a importância dos experimentos no estabelecimento da relação parcimoniosa com os medicamentos.

No caso da tecnologia, notei uma apropriação muito criativa dos aparelhos, diferente da desumanização operada pela tecnologia notada por outros autores (Guzman & Iriart 2009). As pessoas ali naquela região da Ceilândia realizavam dezenas de aferições de pressão arterial ao longo da semana, seja em casa, já que a maioria tinha os esfigmomanômetros, seja na sala de acolhimento, farmácias ou ações globais ao redor da cidade (Bezerra 2011; Bezerra & Fleischer 2013). O par de números era um conhecimento largamente dominado pelas pessoas e suas famílias e, por isso, poderiam tirar conclusões e tomar atitudes de forma independente da UBS. Essa era uma forma cotidiana de cuidar da pressão, já que podiam conhecer a ‘sua’ normalidade e monitorar momentos de ‘picos’ ou ‘quedas’, compensando de certa forma as esparsas consultas.

Outro exemplo eram os exames laboratoriais. Quando entravam no consultório, muitos pacientes queriam saber, em primeiro lugar, sobre os resultados dos exames realizados meses antes. Todos esses números eram importantes porque ajudavam as pessoas a balizarem os testes com (ou sem) medicamentos e alimentos que vinham fazendo em casa. Contudo, poderiam também funcionar como ‘biodelatores’ da convivência com os ‘problemas de pressão’. Por isso, antes de sair de casa em direção à consulta semestral do HIPERDIA, muitos mediam sua pressão. Se estivesse alta, faltavam à consulta para evitar receber broncas ou deixar uma má impressão no médico. Era uma forma de evitarem a tipologia e, por consequência, o estigma como ‘descontrolados’. Tampouco queriam voltar para casa com receitas mais longas. Alguns intensificavam o consumo dos medicamentos na véspera da consulta. Outros faziam jejum antes da medição para que

bons números surgissem e depois voltavam para casa para tomar café da manhã, já que moravam muito perto e sabiam que iriam esperar algumas horas pela consulta. A pressão poderia ficar alta todo o resto do ano e as pessoas iriam encontrar formas de monitorar e cuidar da mesma; mas as aferições nas duas ocasiões anuais das consultas tinham que estar boas, já que poderiam liberar o paciente de adotar dietas, medicamentos e práticas cotidianas que não fossem de seu interesse. Ademais, podia lhes render status, que facultaria um atendimento mais simpático, bons antecedentes quando fosse necessário pedir um favor na UBS, vagas em consultas mais disputadas ou qualquer outra oportunidade escassa nos serviços. Caía-se nas graças dos médicos, navegava-se pelos rastros de privilégio que eles deixavam. Não bastava ser priorizado como ‘paciente do grupo’, era possível galgar outro nível, exibir sempre o ‘12 por 8’ e ser ‘especial’.

HIPERDIA: mais do que uma política pública, um idioma social

Problemas estruturais foram apresentados por pacientes e pelas equipes. Os pacientes explicavam o início dos ‘problemas de pressão’ e seus abominados ‘picos’ ou ‘quedas’ pelas querelas familiares, desemprego, depressão, por exemplo. Os profissionais de saúde me lembravam, a todo tempo, da falta de computadores, cadeiras, medicamentos, salários, insumos, internet etc. Contudo, de forma paradoxal, mesmo com essa conjuntura familiar, vicinal e estatal, quando os pacientes traziam suas queixas e explicações emocionais para a ‘pressão alta’, o contexto não era levado em conta e eram-lhes prescritos antihipertensores e psicofármacos.

Como os diálogos entre médicos e pacientes foram por nós anotados, foi possível registrar o par de números correspondentes à pressão arterial de cada um dos 126 pacientes que conhecemos naqueles consultórios. Interessante foi notar que 2/3 deles tinham sua pressão ‘controlada’, pelo menos naquele momento da consulta (Coutinho 2015). Apesar disso, os médicos mantinham tanto a prática da tipolo-

gia quanto o tom de suspeição com os pacientes. Tendiam a generalizar para toda a clientela o que era uma minoria, tida por eles como ‘relaxada’. Uma médica, inclusive, era conhecida pela equipe por ‘odiar os hipertensos’. Surpresa com sentimento tão duro em relação aos pacientes, perguntei as razões disso. Uma técnica em enfermagem explicou como se fizesse sentido para todos ali, menos para mim: “Eles vêm aqui todo dia, todo dia medir a pressão. Não fazem o tratamento de forma correta. A doutora diz que eles não entendem o que ela fala. O povo não faz o que ela manda”. Como lembrou Ferreira,

“se a verdade é atribuída ao saber científico, é o médico que detém o monopólio do discurso legítimo. [...] Assim sendo, a tarefa do médico consiste na busca de uma série de provas da verdade na palavra do paciente [e nos exames respectivos, eu acrescentaria], um exercício de objetividade em relação a dados que são essencialmente subjetivos” (Ferreira 2011:222).

Com inspiração foucaultiana, a autora conclui que “o ato de duvidar do paciente é plenamente legítimo na prática médica” (Ferreira 2011:222), e me ajudou a não perder o contexto mais amplo onde poderia incluir esse centro de saúde específico. Quer dizer, entender que a atmosfera constante de suspeição e a generalização dos pacientes como ‘relaxados’ era uma prática coerente com a formação individual e a história das áreas biomédicas.

Talvez os pacientes não seguissem à risca a ‘teoria da cadeira de três pernas’, talvez não tomassem a medicação exatamente como prescrito pelos clínicos, talvez continuassem dando ‘escapulidas’ e comendo carne de sol, churrasco ou seu cuscuz com ovo de vez em quando. Mas, a maioria estava, a seu modo e com suas táticas, conseguindo cuidar da ‘pressão’. Entretanto, essas pessoas recebiam da UBS duas vezes menos do que seria o esperado. Quer dizer, não recebiam os serviços plenamente, como mostrei acima, nem recebiam a acolhida empática e congratulatória da equipe que deveria surgir diante de um ‘12 por 8’. Padeciam com consultas esparsas, medicamentos de baixa qualidade, exames não confiáveis e encaminhamentos ilusórios e, ain-

da por cima, eram classificados de modo caricato. Quando me deparei com a grande maioria ‘controlada’, me dei conta de como outros fatores estavam em jogo como, por exemplo, a dificuldade de conseguir atender e tratar de um paciente apesar das chinelas de dedo, da falta de dentes, do português não formal, da vida passada atrás do volante de um ônibus ou de um fogão. Deduziam que, por serem de classe popular, esses pacientes não teriam a capacidade de bem compreender e colocar em prática a ‘teoria da cadeira’. Também, pudera, em cinco minutos dificilmente descobririam que essas pessoas da Ceilândia vinham inventando muitas formas de cuidar de sua ‘pressão’. Para além da distância linguística, a distância social estava muito presente naqueles consultórios, como já nos bem sugeriram Boltanski (2004), Loyola (1984) e Ferreira (2011). Assim, não apenas os ‘relaxados’ tinham menos chance de conseguir ‘controlar’ sua pressão porque recebiam menos e menos atenção da equipe, quanto os ‘controlados’ não eram suficientemente notados, já que eram agrupados – de modo equivocado, segundo nossas contas – com os ‘relaxados’. Parece que quase ninguém recebia a atenção necessária para que a pressão fosse bem cuidada. O mérito do ‘12 por 8’, portanto, era quase todo dos pacientes isoladamente.

A não conversão ou a não explicitação de que a conversão estaria em curso era recebida de várias formas. A principal, como mostrei acima, era a prescrição penalizadora. Mas a sugestão de outras etapas de atendimento (exames, encaminhamentos, mapa² etc.) também causava ônus, já que exigia que o paciente continuasse transitando pelo sistema de saúde, com todos os desafios que isso implicava (madrugar à porta dos hospitais, esperar em longas filas, esperar pelo telefonema da marcação etc.). Os encaminhamentos também exigiam a capacidade de leitura, dicção e audição etc., nem sempre presente numa população de idosos que ainda contava com muitos analfabetos (também funcionais). Manejar papeis, cartões, bulas, receitas, requisições, placas pelas paredes e ligações telefônicas (por vezes, automatizadas e que exigiam anotações concomitantes) poderiam ser desafios pouco

previstos pelas equipes, mas que reforçavam a dimensão sacrificial que novas etapas pelos serviços provocavam.

O HIPERDIA, facilmente encontrado nas lonjuras (simbólicas ou não) do Estado, era uma política, voltada para uma grande parcela da população, mas realizada de modo insuficiente. O HIPERDIA, vale lembrar, acontecia na rede pública do SUS, enquanto as classes média e altas, acostumadas à possibilidade de custear os serviços quando o plano de saúde faltasse, tinham seus problemas de pressão cuidados com medicamentos de melhor qualidade, com retornos mais frequentes e marcados segundo sua necessidade, com possibilidades de cirurgias ‘preventivas’ (angioplastias, bariátricas, por exemplo) e acesso a atividades físicas. Assim, noto como o HIPERDIA se constitui como uma política de hipertensão e diabetes para pobres e segue como uma ficção institucional, já que pouco considera os limites dos serviços de saúde e as especificidades das populações atendidas. Uma medicina de segunda classe chegava na Ceilândia. Eram oferecidos serviços rotineiros, simples, enfadonhos, incompletos e defasados.

Por fim, avento que, pelo ‘idioma da pressão’, os ‘hipertensos’ que vi entrarem e saírem daqueles consultórios em 2014 conseguiram ter acesso a serviços pouco disponíveis para a população de forma geral. Era um idioma loquaz para falar de muito mais do que das artérias pressionadas, do mal estar, tonturas e dores de cabeça, ou dos riscos de derrame. A ‘pressão’ era chance, mesmo que mínima, para falar da experiência de ser morador da Ceilândia, de ser um idoso de classe popular, dos conflitos que orbitavam em suas vidas, dos temas e eventos que lhes preocupavam etc. Era também um idioma para falar com e, sobretudo, dos serviços de saúde, já que funcionava como uma porta de entrada para vários espaços e especialistas. A cronicidade dos ‘problemas de pressão’ permitia que essas pessoas frequentassem muitas vezes ao mês uma UBS e também outros serviços. Tornavam-se, ao longo dos anos, *experts* do HIPERDIA, do SUS e, mais importante, da presença cotidiana do Estado brasileiro. Conhecer programas de saúde com pretensões demográficas, como é o caso do HIIPERDIA,

por exemplo, foi uma oportunidade para notar, de perto e de dentro, como o Estado pretende se fazer presente nas franjas esquecidas do seu território. Nesse sentido, foi inevitável encontrar-me nos objetivos propostos por Das & Poole:

“Como etnógrafos, estávamos interessadas em compreender as tecnologias específicas do poder através das quais os estados tentam ‘manejar’ e ‘pacificar’ estas populações, tanto através da força como através da pedagogia da conversão, tentando transformar estes ‘sujeitos rebeldes’ em sujeitos legais do estado” (Das & Poole 2008:24 – tradução minha).

Notas

¹ Estou falando de um conjunto de pessoas que vieram construir a capital federal na transição da década de 1950 para a de 1960 e eventualmente deslocadas compulsoriamente do centro para a periferia, sem, contudo, a garantia de casas, urbanização, saneamento, equipamentos de saúde, educação ou segurança, como aconteceu em muitas outras cidades brasileiras (Cavalcanti 2009). Como em muitos dos aglomerados humanos que hoje se denominam como regiões administrativas no DF, demorou-se muitas décadas para que a Ceilândia recebesse infraestrutura de uma cidade.

² Mapa é o nome comum para ‘Monitorização ambulatorial da pressão arterial’, uma prática bastante corriqueira realizada ou prescrita pelos centros de saúde. Ver Nobre & Mion Jr (1998).

Referências

- BAKHTIN, Mikhail. 1987. *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: O contexto de François Rabelais*. São Paulo/Brasília: Hucitec/EdUnB.
- BOLTANSKI, Luc. 2004. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra.
- BEZERRA, Natália. 2011. Bombinha, relógio ou pera: o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF. Trabalho de Conclusão de Curso. Brasília: UNB.
- BEZERRA, Natália & FLEISCHER, Soraya. 2013. “A popularização de esfigmomanômetros e glicosímetros no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF”. *Sociedade e Cultura*, 16:183-193.
- CALVO-GONZALEZ, Elena. 2011. “Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia”. *Cadernos CRH*, 24(61):81-96.

- CAPRARA, Andrea & FRANCO, Anamélia. 1999. "A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica". *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654.
- CAPRARA, Andrea & RODRIGUES, Josiane. 2004. "A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico". *Ciência e saúde coletiva*, 9(1):139-146.
- CARVALHO, Fernanda; TELAROLLI Jr., Rodolpho & MACHADO, José C. 1998. "Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial". *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3):617-621.
- CAVALCANTI, Mariana. 2009. "Do barraco à casa: tempo, espaço e valor(es) em uma favela consolidada". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24:69-80.
- COUTINHO, Paulo. 2015. Uma etnografia sobre as percepções dos profissionais de saúde a respeito dos problemas de pressão na atenção básica da Guariroba (Ceilândia/DF). Trabalho de Conclusão de Curso. Brasília: UNB.
- DAS, Veena & POOLE, Deborah. 2008. "El estado y sus márgenes. Etnografías Comparadas". *Cuadernos de Antropología Social*, 27:19-52.
- DE CERTEAU, Michel de. 1996. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes.
- DUARTE, Luiz F. D. 1986. *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar/CNPq.
- FAVA, Silvana M.; ZAGO, Marcia M.; NOGUEIRA, Maria S. & DAZIO, Eliza M. R. 2013. "Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5):1022-1029.
- FERREIRA, Jaqueline. 2011. "A consulta médica como drama social – um olhar etnográfico". *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19(2):215-224.
- FIRMO, Josélia O. A.; LIMA-COSTA, Maria F. & UCHOA, Elizabeth. 2004. "Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos". *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4):1029-1040.
- FLEISCHER, Soraya. 2012a. "Atenção básica de saúde, cronicidade e Ceilândia: O que tudo isso tem a ver com o ensino da Antropologia?". *Percursos*, 13:23-39.
- _____. 2012b. "Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF". *Saúde e Sociedade*, 212:410-423.
- _____. 2013. "O 'grupo da pressão': Notas sobre as lógicas do 'controle' de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF". *Amazônica: Revista de Antropologia*, 5:452-477.
- _____. 2014. "Saúde popular: Esforços etnográficos para definir o conceito". *Pós - Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, 12:7-17.
- FOUCAULT, Michel. 1994[1963]. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- GREENE, Jeremy A. 2007. *Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- GUZMAN, Julio L. D. & IRIART, Jorge A. B. 2009. "Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS". *Cadernos de Saúde Pública*, 25(5):1132-1140.

- LIPSKY, Michael. 1980. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- LOYOLA, Maria A. 1984. *Médicos e curandeiros: Conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- NOBRE, F. & MION JR, D. 1998. "Monitorização ambulatorial da pressão arterial". *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(2):123-126.
- PARSONS, Talcott. 1951. *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. 2010. "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão". *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 95(1 supl.1):1-51.
- SOUZA, Maximiliano L. P. & GARNELO, Luíza. 2008. "É muito dificultoso! Etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 24(suppl.1):s91-s99.
- TAVARES, Breitner. 2012. *Na quebrada, a parceria é mais forte: Jovens, vínculos afetivos e reconhecimento na periferia*. São Paulo/Brasília: Annablume/Fundo de Apoio a Cultura do Distrito Federal.

Abstract: The primary health center, as the second most numerical social equipment in Brazil, serves as an opportunity to undersee how the State understands its users and how does it decide to offer services and accomplish their rights. In the primary health center, the main public is composed by patients with *longue durée* illnesses, as hypertension and diabetes mellitus. This paper intends to concentrate on the space, *par excellence*, where these users would meet for several times with the State – the medical office. Drawing on the ethnography of 126 consultations, the goal is to comprehend how this policy was delivered to this population, that is at the fringes of the State, considering that the research was developed in the city of Ceilândia, a geographical and symbolical periphery of the federal capital. Successive illusions were offered to the public with the HIPERDIA (Hypertension and Diabetes Mellitus Program), the clinical encounter established between doctors and patients and the primary health services aimed at the lower class populations.

Key-words: Hypertension; Ceilândia; Medical anthropology; State.

Recebido em
Aprovado em