

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

**A HIERARQUIA DE PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE
ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: UM PROBLEMA BIOÉTICO**

BRASÍLIA
2026

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

**A HIERARQUIA DE PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE
ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: UM PROBLEMA BIOÉTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Bioética.

Linha de pesquisa: Situações persistentes em Bioética e Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosane Freire Lacerda

**BRASÍLIA
2026**

CECYLIA ROBERTA FERREIRA DE OLIVEIRA

**A HIERARQUIA DE PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE
ATENÇÃO AOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS: UM PROBLEMA BIOÉTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Bioética.

Aprovado em ____ de _____ de 2026

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rosane Freire Lacerda - Presidente
(Universidade Federal de Pernambuco - UFPE)

Prof.^a Dr.^a Marianna Assunção Figueiredo Holanda – Membro titular
(Universidade de Brasília - UnB)

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Medeiros Mendes – Membro titular
(Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE)

Prof.^a Dr.^a Carolina Albuquerque da Paz – Membro titular
(Universidade Federal de Pernambuco - UFPE)

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa – Membro suplente
(Universidade Federal de Pernambuco – UFPE)

***Dedico esse trabalho ao meu filho Tayler e a
minha avó semi-analfabeta que hoje, tem uma neta doutora.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter guiado meus passos até aqui,

Agradeço a minha mãe, minha tia e minha avó que me criaram na base dos estudos e do amor,

Agradeço a minha avó e avô paterno que sempre estiveram presentes na minha vida,

Agradeço ao Tayler que me trouxe de volta para mim mesma e para buscar minha melhor versão,

Agradeço a Erlis por acreditar em mim e apoiar todas as minhas ausências,

Agradeço a Fabiana e Andressa que foram minha rede de suporte, o corpo e a alma que acalentaram meu bem mais precioso, durante minhas faltas,

Agradeço aos meus amigos que suportaram toda a jornada de construção desse projeto, altos e baixos, e foram meu refúgio em vários momentos,

Agradeço a UFPE por toda minha formação acadêmica,

Agradeço a UNB e ao Programa PPGBioética por ter nos proporcionado essa oportunidade,

Agradeço a CAPES por acreditar na educação e financiar esse programa de pós-graduação,

Agradeço também ao Prof. Saulo e Prof. Rosane por todo apoio durante toda essa longa caminhada,

Por fim, agradeço a todos meus ancestrais que me permitiram chegar no lugar que hoje eu ocupo e me apoiar em seus ombros para conseguir enxergar mais longe.

RESUMO:

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios para os sistemas de saúde contemporâneos, demandando cuidados contínuos, articulados e coordenados entre os diferentes níveis de atenção à saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivação desse cuidado longitudinal é atravessada por relações de poder entre médicos da atenção primária, secundária e terciária, historicamente marcadas pela hierarquização dos saberes médicos e pela centralidade do modelo biomédico, o que pode comprometer a integralidade e a coordenação do cuidado. **Objetivo:** O trabalho teve por objetivo analisar criticamente as relações de poder exercidas entre médicos de diferentes níveis de atenção à saúde no cuidado longitudinal a pacientes com DCNT no SUS e discutir se essa hierarquização produz prejuízos assistenciais a ponto de se configurar como um problema bioético. **Método:** Trata-se de pesquisa teórica e exploratória, de natureza qualitativa, fundamentada em revisão sistemática da literatura conduzida segundo o método PRISMA, realizada nas bases SciELO, PubMed, LILACS e Scopus. A análise foi orientada teoricamente pela concepção de poder em Michel Foucault, com perspectivas da Bioética de Intervenção, notadamente as Situações Persistentes em Bioética e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), e também com chamados estudos decoloniais, com ênfase na colonialidade do poder e do saber. **Resultados:** Os achados indicam que a hierarquização do poder entre médicos fragiliza a comunicação interprofissional, deslegitima o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e contribui para a fragmentação das redes de atenção. Observa-se que essas dinâmicas produzem itinerários assistenciais descontinuados, atrasos no cuidado e perdas na longitudinalidade, afetando de forma mais intensa pacientes com DCNT em situação de vulnerabilidade social. Tais práticas expressam um padrão estrutural de colonialidade do saber, que valoriza a especialização e a densidade tecnológica em detrimento do cuidado territorial, contínuo e centrado na pessoa. **Conclusão:** Conclui-se que a hierarquia de poder entre médicos de diferentes níveis assistenciais constitui um problema bioético persistente, por comprometer princípios como justiça, equidade, integralidade e proteção dos vulneráveis. O enfrentamento dessa problemática exige abordagens bioéticas críticas, especialmente a Bioética de Intervenção, capazes de denunciar desigualdades estruturais e de contribuir para a construção de práticas de cuidado mais éticas, integradas e socialmente comprometidas no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Relação médico-paciente; Bioética de Intervenção; Doenças crônicas não transmissíveis; Decolonialidade.

ABSTRACT:

Introduction: Non-Communicable Chronic Diseases (NCDs) represent one of the main challenges for contemporary health systems, requiring continuous, coordinated, and integrated care across different levels of health care. Within the Brazilian Unified Health System (SUS), the effectiveness of longitudinal care is crossed by power relations among physicians working in primary, secondary, and tertiary care, historically marked by the hierarchical organization of medical knowledge and the centrality of the biomedical model, which may compromise care coordination and comprehensiveness. **Objective:** To critically analyze the power relations exercised among physicians at different levels of health care in the longitudinal care of patients with NCDs within the SUS and to discuss whether such hierarchization produces care-related harm to the extent that it can be considered a bioethical problem. **Method:** This is a theoretical and exploratory qualitative study, based on a systematic literature review conducted according to the PRISMA method, using the SciELO, PubMed, LILACS, and Scopus databases. The analysis was guided by Michel Foucault's theoretical contributions on power, the Bioethics of Intervention and Persistent Situations, the universal Declaration on Bioethics and Human Rights, and decolonial studies, with emphasis on the coloniality of power and knowledge.). **Results:** The findings indicate that the hierarchization of power among physicians weakens interprofessional communication, delegitimizes the role of Primary Health Care as the coordinator of care, and contributes to the fragmentation of health care networks. These dynamics produce discontinuous care pathways, delays in care delivery, and losses in longitudinal follow-up, disproportionately affecting patients with NCDs in situations of social vulnerability. Such practices reflect a structural pattern of the coloniality of knowledge, which privileges specialization and technological density over territorial, continuous, and person-centered care. **Conclusion:** It is concluded that the hierarchy of power among physicians at different levels of care constitutes a persistent bioethical problem, as it compromises principles such as justice, equity, comprehensiveness, and the protection of vulnerable populations. Addressing this issue requires critical bioethical approaches, particularly Bioethics of Intervention, capable of denouncing structural inequalities and contributing to the construction of more ethical, integrated, and socially committed care practices within the SUS.

KEY-WORDS: Doctor-patient relationship; Intervention Bioethics; Non-communicable chronic diseases (NCDs); Decoloniality .

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1	Fluxograma da revisão de literatura realizada na presente tese, segundo o método Prisma.....	48
Figura 2	Organograma da cadeia de poder médico, da base histórica-institucional até as relações entre APS e AE.....	56

LISTA DE QUADROS:

Quadro 1	Trabalhos publicados pelo programa da PPGBioética da UnB entre os anos de 2004 e 2025 que relacionam bioética e poder médico	17
Quadro 2	Artigos publicados na RBB, 2014 e 2020, que abordam a temática das relações de poder na profissão médica.....	20
Quadro 3	Trabalhos disponibilizados nos anais do Congresso Brasileiro de Bioéticas pela Sociedade Brasileira de Bioética que abordam sobre a relação médico-paciente ou sobre os cuidados dos portadores das DCNT, entre 2015 e 2025.....	21
Quadro 4	Principais informações dos artigos selecionados durante fase final da revisão de literatura, usando o método PRISMA.....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AE – Atenção Especializada

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

APS – Atenção Primária à Saúde

BI – Bioética de Intervenção

CFM – Conselho Federal de Medicina

COVID-19 – *Corona Virus Disease-19*

DALY – *Disability Adjusted Life Years*

DANT – Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

LC – Linhas de Cuidado

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PP-G Bioética/UnB – Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB

PRONERA – Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária

PSE – Programa Saúde na Escola

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASPDC – Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

RBB – Revista Brasileira de Bioética

RISS – Rede Integrada de Serviços de Saúde

SBB – Sociedade Bioética Brasileira

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.2 OBJETO TEMÁTICO.....	16
1.3 PERGUNTA DE PESQUISA.....	16
1.4 HIPÓTESE.....	17
1.5 PRECEDENTES DO TEMA NO PPG-BIOÉTICA DA UNB E ESPAÇOS RELACIONADOS, NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS (2014 a 2024)	17
1.6 OBJETIVOS.....	23
1.7 DESENHO METODOLÓGICO.....	24
1.8 REFERENCIAIS TEÓRICOS UTILIZADOS.....	25
1.9 ESTRUTURA DO TRABALHO	29
1.10 CONTRIBUIÇÕES PREVISTAS.....	30
CAPÍTULO 2 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPACTOS ATUAIS E PAPEL NA CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REDES DE ATENÇÃO	31
2.1 AS DCNT E SEUS IMPACTOS.....	31
2.2 O MODELO DE ORGANIZAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO.....	36
2.3 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÃO EM REDES.....	38
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE AS RELAÇÕES DE PODER MÉDICO-PACIENTE E ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	47
3.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	47
3.2 DISCUSSÃO À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO....	57
3.3 RELAÇÕES DE PODER MÉDICO-PACIENTE.....	62
3.4 O PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO...	72
CAPÍTULO 4 – A HIERARQUIZAÇÃO DOS SABERES MÉDICOS ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO SOB O OLHAR DA COLONIALIDADE DO PODER/SABER	80
4.1 COLONIALIDADE DO PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	80
4.2 HIERARQUIZAÇÃO DO PODER MÉDICO E DECOLONIALIDADE.....	96
CAPÍTULO 5 – A RELAÇÃO DE PODER MÉDICO-PACIENTE ENQUANTO “SITUAÇÃO PERSISTENTE” NOS CUIDADOS AOS PACIENTES COM DCNT: CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	103
5.1 O PODER MÉDICO-PACIENTE COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE EM BIOÉTICA.....	103
5.2 CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE.....	131

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Sendo o único sistema público de saúde do mundo a abranger mais de 190 milhões de pessoas, o Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a ser universal, a oferecer um cuidado integral e a tratar seus usuários com equidade. No Brasil, cerca de 80% dos cidadãos são exclusivamente “SUS dependentes”. O sistema abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária em Saúde (APS), até o transplante de órgãos e serviços não-biomédicos, como as vigilâncias em saúde, garantindo acesso gratuito a toda a população (1, 2).

No entanto, manchetes com denúncias e reclamações nos meios de comunicação social sobre a má qualidade dos serviços públicos em saúde acompanham o dia a dia dos brasileiros que dependem desses cuidados. As queixas ficam mais evidentes no caso dos usuários que demandam cuidados de diferentes níveis de atenção em saúde por longos períodos de tempo, indo desde a prevenção até a reabilitação, como no caso dos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (1, 2, 3).

DCNT são doenças caracterizadas por, em muitos casos, terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais, sendo as maiores causas de morbimortalidade no mundo (1,2). Elas afetam, de forma mais frequente, as populações de baixa renda que são mais vulneráveis, estão mais expostas aos fatores de risco (tabagismo, álcool, sedentarismo e alimentação não-saudável) e tem menor acesso aos serviços e práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças(3,4). No Brasil, determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, contribuem para o aumento das DCNT e da morbimortalidade (4,5). As doenças crônicas demandam gastos expressivos, impactando na economia familiar e contribuindo para o agravamento da vulnerabilidade socioeconômica dos pacientes, o que por sua vez retroalimenta as já presentes iniquidades em saúde (4,5,6,7).

Por estas características, é possível compreender que a vida dos pacientes portadores de DCNT, numa realidade como a brasileira – e porque não dizer latino-americana –, é atravessada por uma série de questões reconhecidas como bioéticas

(8,9). Longo tempo de espera para consultas e resultados de exames, dificuldades no acesso a terapias e medicações, cuidados complementares deficientes e inoportunos, problemas no acesso a reabilitação e até para um fechamento efetivo do diagnóstico são dificuldades frequentes e facilmente observadas durante o contexto de adoecimento dessas pessoas. Todas essas questões estão inclusas no que é chamado bioética das “situações persistentes” que será aprofundada ao longo do texto (8,9,10).

Por suas características específicas, portadores de DCNT necessitam de um tratamento longitudinal, integral, multiprofissional e com a articulação entre os diferentes níveis de atenção, visando a melhoria de sua qualidade de vida (2,5). Contudo, dados de 2013 e 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (11,12), já apontavam os problemas anteriormente citados como filas de espera enormes, demora na realização e recebimento de exames, além de diagnósticos e tratamentos contraditórios, déficits de comunicação entre os prestadores de serviço e descaso com o acompanhamento e cuidados desses pacientes. Estas questões são enfrentadas por quase 40% da população adulta brasileira (57,4 milhões de pessoas) possuidora de pelo menos uma DCNT (11,12,13).

Dificuldades na correta condução dos cuidados com os portadores de DCNT e os potenciais prejuízos que elas acarretam, podem levar a uma série de questionamentos: quais as causas dessas dificuldades? são questões antigas e de conhecimento popular, então por quê não foram resolvidas ainda? quem são os responsáveis em resolvê-las? a desorganização na assistência é culpa de quem? qual o papel do já conhecido subfinanciamento do SUS para essas questões? será que é sobre dinheiro?

Como cirurgiã-dentista que atua em uma equipe multiprofissional da APS em uma grande metrópole brasileira, no cuidado a pacientes com DCNT, esta autora observa diariamente a “*via crucis*” dos pacientes em busca de um cuidado mínimo necessário no SUS. Mas, percebe também que muitas vezes esse cuidado é de algum modo dificultado pelos profissionais da equipe de saúde que os deveria ajudar e guiar. Além disso, como participante e supervisora de campo de uma pesquisa (14) que avaliou a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas Rede de Atenção à Saúde (RAS) da América Latina, pude perceber a importância da falta de comunicação e de confiança

entre os profissionais como o principal problema. A presença de questões subjetivas relacionadas ao poder atrapalham o seguimento adequado do paciente e o cuidado integrado em saúde (14-18).

Foi a partir dessas vivências pessoais no cotidiano do trabalho junto à APS, numa equipe de Saúde da Família (eSF) e nas descobertas durante a pesquisa mencionada, que a autora teve a percepção que para além daquelas possíveis causas dos problemas (desorganização, subfinanciamento, etc.), um outro motivo ainda não tinha sido elencado, nem abordado como uma possível questão de forma clara e direta: a disputa pelo poder e o ego médico. Trata-se do papel que as relações de poder entre profissionais e/ou entre estes e seus pacientes podem estar exercendo, enquanto fatores que contribuem para a existência daquelas dificuldades no cuidados prolongados aos portadores de DCNT. Esses dados serão mais aprofundados ao longo desta tese para fundamentar esse pressuposto e argumentar sua relevância perante a magnitude do problema.

A ética profissional e bioética principialista não conseguem abarcar essas problemáticas que estão além das suas propostas de estudo. A bioética emerge, na segunda metade do século XX, como um campo interdisciplinar voltado à reflexão crítica sobre os dilemas éticos produzidos pelo avanço das ciências da vida e da saúde. A bioética principialista (19, 20, 21), sistematizada por Beauchamp e Childress, propõe quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça que seriam balizas universais para a tomada de decisão em saúde. Esse modelo teve ampla difusão e hegemonia, contribuindo para a ética da prática biomédica e da pesquisa com seres humanos, porém sua ênfase no indivíduo e em uma suposta universalidade abstrata foi alvo de críticas por desconsiderar as profundas desigualdades sociais, econômicas e culturais que atravessam os processos de saúde-doença, especialmente em países periféricos, onde a vulnerabilidade estrutural limita concretamente o exercício da autonomia (19 - 22).

É nesse contexto crítico que emergem, sobretudo na América Latina, perspectivas bioéticas contra-hegemônicas, como a Bioética da Intervenção (BI) (21, 22) e a Bioética da Proteção (23, 24), que deslocam o foco da ética biomédica do plano individual para o coletivo, incorporando a justiça social, a equidade e o enfrentamento das desigualdades como elementos centrais da análise ética. A BI, proposta por Garrafa e Porto (21), assume um compromisso político com a transformação das condições injustas que produzem adoecimento, defendendo a

atuação ativa frente às iniquidades. Já a Bioética da Proteção, desenvolvida por Schramm e Kottow, enfatiza a responsabilidade moral de proteger grupos vulnerabilizados diante de contextos de risco e exclusão. Mais recentemente, o diálogo com a perspectiva decolonial introduz a colonialidade como categoria analítica e ferramenta bioética, evidenciando como relações históricas de poder, saber e ser continuam a estruturar práticas de cuidado, produção de conhecimento e organização dos sistemas de saúde. Assim, a bioética amplia seu escopo, passando a problematizar não apenas decisões clínicas, mas podendo estar envolvidas em tais processos e nos eventuais prejuízos, não apenas aos pacientes, mas também ao cuidado integral em saúde da população como um todo (19 - 23).

1.2 OBJETO TEMÁTICO

É com base em tais pressupostos, que a presente pesquisa elegeu como objeto temático as relações de poder exercidas entre profissionais médicos de diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) no desenvolvimento dos cuidados articulados e longitudinais aos pacientes com DCNT no âmbito do SUS. O foco central do estudo não está na existência *per se* dessas relações de poder, suas origens e persistências, mas as implicações bioéticas que elas acarretam, não só para os próprios médicos situados nos diferentes níveis de atenção, mas também, e sobretudo, para a qualidade do cuidado ao paciente com DCNT, na perspectiva do princípio da integralidade em saúde, e tendo em vista as diretrizes do cuidado centrado na pessoa, da longitudinalidade e coordenação do cuidado, e da ordenação da RAS.

1.3 PERGUNTA DE PESQUISA

Tendo como base o objeto temático acima delimitado, a pesquisa teve como ponto de partida a seguinte indagação: *Tendo-se como pressuposta a existência de uma hierarquia de poder entre médicos de diferentes níveis assistenciais, estaria essa hierarquização relacionada a possíveis prejuízos ao cuidado longitudinal aos pacientes com DCNT, a ponto de ser considerada como um problema bioético?*

1.4 HIPÓTESE

A hipótese inicialmente levantada foi a de que, no cuidado longitudinal ao paciente de DCNT, concepções e práticas que demarcam verticalmente a relação médico-paciente e as relações entre médicos de diferentes níveis assistenciais com base no conhecimento especializado e no nível de posição do profissional, caracterizariam práticas de poder que se sustentariam na hierarquização dos saberes. Isso constituiria um problema bioético não só devido aos efeitos negativos potencialmente gerados no cuidado ao paciente, mas também pelos possíveis prejuízos à proposta de integralidade desse cuidado, afetando sobretudo os segmentos socioeconômicos mais vulneráveis da sociedade.

1.5 PRECEDENTES DO TEMA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - BIOÉTICA DA UNB E ESPAÇOS RELACIONADOS, NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS (2014 a 2024)

Criado em 2008, o Programa de Pós-Graduação (PPG) em Bioética da Universidade de Brasília (UnB), doravante chamado de PP-G Bioética/UnB, é o primeiro programa *Stricto Sensu* oferecido por uma universidade pública brasileira – e, portanto também laico –, com os níveis de mestrado e doutorado. Desde sua origem esteve intimamente articulado com a Cátedra de Bioética da Unesco, a Rede Latino-americana e do Caribe de Bioética (RedBioética) e a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), instituição promotora dos Congressos Brasileiros de Bioética e editora da Revista Brasileira de Bioética (RBB). Foi nas produções deste ambiente acadêmico e militante que a pesquisa buscou inicialmente identificar produções relacionadas ou mais aproximadas ao seu objeto temático (seção 1.2).

Até o momento da redação deste texto, o Programa conta com 211 trabalhos publicados, sendo 95 Teses de Doutorado e 117 Dissertações de Mestrado. A fim de compreender a inserção da temática aqui analisada entre estes trabalhos, foi realizada uma busca em seu repositório na página da universidade na internet (localizado no link <<https://ppgbioetica.unb.br/o-programa/dissertacoes-de-teses>>) (25). A busca compreendeu o período de dez anos, tempo considerado padrão pela literatura científica para equilibrar a necessidade de relevância atual com a maturidade da

pesquisa, considerando todos os trabalhos publicados nos anos de 2014 a 2024, o que somou um total de 157 monografias.

Para proceder ao levantamento, foram lidos inicialmente os títulos dos trabalhos e as respectivas palavras-chave, buscando identificar sobretudo as expressões “poder”, “biopoder”, “relações de poder”, “hierarquia entre médicos” e “médico-paciente”. Esses termos foram usados por serem considerados pertinentes ao tema explorado na pesquisa e amplos o suficiente para abarcar o maior número de artigos. Posteriormente foram lidos os resumos, a fim de identificar a correspondência entre as expressões encontradas e o escopo da pesquisa. Ao final foram selecionados os seguintes trabalhos, todos de nível doutoral, cujos temas mais se aproximam ao objeto do presente estudo:

Quadro 1 - Trabalhos publicados pelo programa da PPGBioética da UnB entre os anos de 2004 e 2025 que relacionam bioética e poder médico

Nível	Ano de public.	Título	Autor(a)	Orientador	Assunto
Doutorado	2021	Bioética, Poder e Subjetivação: Por uma Bioética crítica aos modos históricos de enunciação dos sujeitos morais.	CÂNDIDO, Artur Mamed	HOLANDA, Marianna Assunção Figueiredo	Processos de subjetivação Discursividade Pessoa humana Biopoder Bioética Ontologia
Doutorado	2019	La gestion moderne de la souffrance: généalogie du corps souffrant en Colombie	BELLO URREGO, Alejandra Del Rocio	DORLIN, Elsa; SEGATO, Rita Laura	Colômbia Colonialidade Medicina Poder
Doutorado	2018	Judicialização da Medicina no Brasil: uma análise crítico-propositiva de um problema persistente sob a ótica da Bioética de Intervenção	OLIVEIRA, Camila Vasconcelos de	GARRAFA, Volnei	Judicialização da saúde Médico e paciente Bioética de Intervenção Mediação de conflitos Assistência à saúde

Fonte: Autoria própria, com base nos dados encontrados no repositório de Teses e Dissertações do PP-G Bioética/UnB: <https://ppgbioetica.unb.br/o-programa/dissertacoes-de-teses>

O trabalho de Cândido(26) faz uma análise crítica e teórica dos processos pelos quais sujeitos são inscritos em regimes ético-morais diferenciados, com foco na operacionalização da palavra “pessoa” para legitimar desigualdades no

reconhecimento moral e nos direitos. Fundamentando-se no pensamento biopolítico e nos estudos pós-coloniais/decoloniais, o autor argumenta que o valor moral atribuído às vidas humanas é resultado de disputas discursivas historicamente condicionadas, que refletem e reproduzem hierarquias sociais baseadas em raça, classe, gênero e outros marcadores. Relaciona-se com a tese aqui apresentada por explorar essas diferenças de valores dentro da sociedade, culminando em hierarquias de poder. Mas o trabalho não coloca esse valor moral como poder e nem compara na perspectiva do adoecimento entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidar.

Já a tese de Bello Urrego (27) discute as relações assimétricas de poder entre médicos e pacientes como fator gerador de conflitos que frequentemente culminam na judicialização da prática médica. Utilizando como referencial a Bioética de Intervenção, a autora propõe formas de superação desses conflitos por meio do empoderamento dos sujeitos e do uso de práticas mediadoras, como a criação de câmaras de mediação na assistência à saúde, buscando evitar a substituição do poder decisório dos envolvidos pelo poder judicial. A tese se relaciona com a temática abordada neste trabalho ao evidenciar como assimetrias de poder no contexto médico afetam a comunicação, o reconhecimento mútuo e a tomada de decisão entre sujeitos. No entanto, o foco principal do trabalho está nas relações médico-paciente e nos impactos dessas assimetrias no fenômeno da judicialização, não abordando especificamente as dinâmicas de poder entre médicos da atenção primária, secundária e terciária, nem suas implicações diretas no cuidado de pacientes com doenças crônicas. Portanto, o trabalho oferece fundamentos conceituais úteis, mas não trata diretamente da temática proposta.

Por fim, o trabalho de Oliveira (28) desenvolve uma crítica profunda à medicina moderna e à gestão da dor e do sofrimento como dispositivos de poder colonial, articulados por meio do corpo. A autora propõe uma genealogia do corpo sofredor, revelando como ele é construído e gerido através da articulação entre discursos médicos, saberes coloniais e dinâmicas geopolíticas globais. Fundamentada em teorias decoloniais, feministas e andinas, a pesquisa mostra como o acesso aos cuidados médicos – ou sua negação – se inscreve em uma lógica de produção de humanidade e subumanidade, em um sistema ontológico que vai do humano ao objeto. A tese se relaciona de forma conceitual e crítica ao revelar as camadas de poder presentes na estrutura médica moderna, sobretudo quanto à forma como o saber médico se impõe e é utilizado como instrumento de dominação e exclusão. Essa

base teórica pode ser útil para analisar hierarquias entre médicos nos diferentes níveis de atenção à saúde. No entanto, o trabalho não aborda diretamente as relações de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção e nem como isso afeta o cuidado ao paciente.

Temáticas voltadas para as diferentes valorizações que o ser humano pode ter e os conflitos médicos deram base a uma discussão mais aprofundada sobre o reflexo dessas ações na qualidade de vida de uma pessoa, principalmente se ela for detentora de uma condição crônica de saúde. Porém, nenhum destes trabalhos se dedicou especificamente ao estudo das relações de poder estabelecidas entre os profissionais médicos dos três níveis da RAS, muito menos tendo como pano de fundo o cuidado longitudinal às pessoas com DCNT, o que evidencia, até o presente estudo, a existência de um espaço temático a ser ocupado e desenvolvido.

Contudo, para além destes trabalhos é de se notar a existência de outros, não identificáveis pelas expressões de busca mencionadas, mas que trazem contribuições bastante próximas ao escopo da presente pesquisa, sobretudo no sentido da crítica à hierarquização epistêmica presente no modelo biomédico. Entre esses trabalhos podemos citar ao menos dois que têm em comum entre si a temática da marginalização do papel das parteiras em face da medicalização do nascer: Trabalhos de Pereira (29) e Watson (30) embora não tratem diretamente da crítica às relações de poder entre médicos de diferentes níveis assistenciais em sua relação no acompanhamento a pacientes em cuidados longitudinais, trazem importantes aportes teóricos sobre elementos constitutivos da hierarquização do poder e do saber médico-paciente e entre os próprios profissionais, bem como a sua relação enquanto problema bioético, em especial na órbita de preocupações da Bioética de Intervenção.

Durante a busca em outra fonte especializada, na RBB foram encontrados poucos trabalhos a respeito do tema. Ligada à SBB e à Cátedra Unesco de Bioética da UnB até o ano de 2020, a RBB produziu, desde o seu início em 2005 ao ano de 2020, um total de 16 volumes¹ e 415 artigos acadêmicos publicados. Entre 2014 e 2020, término do vínculo com a Cátedra, a revista publicou 258 artigos. Buscando-se nos títulos e nas palavras-chave de cada trabalho as expressões “poder”, “biopoder”, “relações de poder”, “hierarquia entre médicos” e “médico-paciente”, apenas três

¹ Em seu repositório na página da Universidade de Brasília na rede Internet (<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb>) as edições da RBB só se encontram disponíveis até o ano de 2020. Foi infrutífera, no âmbito desta pesquisa, a tentativa de localização de edições posteriores.

trouxeram perspectivas bioéticas sobre relações de poder ou médico-paciente, como se pode observar na Tabela 2, abaixo:

Quadro 2 – Artigos publicados na RBB entre 2014 e 2020, que abordam a temática das relações de poder na profissão médica

Ano de Public.	Autoria	Título	Palavras-chave
2020	de Aguiar Bonissoni, N. L., & Piazza Noldin, P. H.(31)	O grande conflito: a mudança de paradigma na moderna relação médico-paciente	Autonomia. Ética médica. Justiça. Relação médico-paciente.
2020	Santos, I. L. dos.(32)	Violência, Poder e Resistência: análises bioéticas à luz da fenomenologia	Bioética. Poder. Violência. Resistência. Fenomenologia
2014	Cruz, J.(33)	A relação médico-paciente na perspectiva de Pellegrino e Thomasma	Edmund D. Pellegrino. Relação médico-paciente. Beneficência. Bioética.

Fonte: Autoria própria, a partir do repositório da RBB, disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb>.

Os três artigos (31, 32, 33) trazem luz à relação médico-paciente, mas sem abordar as relações entre médicos. Eles discutem um pouco sobre poder médico e conceitos de justiça, beneficência e autonomia mas não levam em consideração os aspectos relacionados a colonialidade (22,34-40) ou a bioética de situações persistentes (41,42) na distribuição e permanência desse poder. Importante ressaltar que colonialidade, é um dos aspectos centrais deste trabalho que parte do pressuposto que toda essa hierarquia de poder prejudica os profissionais mas recai, principalmente, nos pacientes. Na visão da colonialidade, essa referência carrega o pensamento que a corda sempre arrebenta no lado do mais fraco, do pobre, do paciente, do necessitado de ajuda, do colono. Pensamento que também tem fundamentação teórica pela visão do oprimido e opressor de Paulo Freire (43). Essa relação será aprofundada mais adiante, no decorrer do trabalho. Portanto, na tese aqui apresentada, falamos de como essa disputa de poder entre os “poderosos” (médicos de diferentes níveis de atenção) acaba prejudicando o paciente, que em um olhar desatento, em nada se relaciona nessa guerra de poder mas acaba sendo o mais prejudicado (20,21,35-40,43).

Uma última fonte a considerar são os **Congressos organizados pela Sociedade Brasileira de Bioética - SBB**. Realizados bianualmente desde o ano de 1996, tais Congressos somam até o momento 15 edições realizadas. Destas edições,

seis produziram anais (44) que se encontram disponíveis através da rede Internet, os quais dão conta da existência de mais de 1.500 trabalhos apresentados.

No período compreendido pelas edições do Congresso realizadas entre 2015 e 2023, foram encontrados pouquíssimos trabalhos aproximados à temática aqui desenvolvida, como se pode ver na Tabela 3, abaixo.

Quadro 3 – Trabalhos disponibilizados nos anais do Congresso Brasileiro de Bioéticas pela Sociedade Brasileira de Bioética que abordam sobre a relação médico-paciente ou sobre os cuidados dos portadores das DCNT, entre 2015 e 2025

Ano	Tema e quantitativo de trabalhos	Trabalhos relacionados ao escopo da pesquisa	Autor
2015	Bioética e desigualdades: 123 trabalhos	Sem trabalhos relacionados a temática abordada	
2017	Liberdades e responsabilidades: 261 trabalhos	Sem trabalhos relacionados a temática abordada	
2019	Democracia, saúde e direitos humanos: 217 trabalhos	Sem trabalhos relacionados a temática abordada	
2021	A terra em suas diversas formas e interações: 302 trabalhos	Sem trabalhos relacionados a temática abordada	
2023	Bioética e Direitos Humanos em um mundo em crise: 215 trabalhos ²⁸	Diplomacia em saúde, bioética global e regulação de fatores de risco associados a DCNT: um quadro de análise (44)	Tiago Tasca, Roberta Freitas, Larissa Otaviano Mesquita.
		Mediação e a bioética para a resolução dos conflitos decorrentes da relação médico-paciente (44)	Menotti AFS , Vieira TR , Santana NG. Unipar-mestrado

Fonte: Autoria própria, a partir de dados do Congresso Brasileiro de Bioética, disponíveis em <https://www.sbbioetica.org.br/sbbioetica/page/167-anteriores>. (44)

No trabalho sobre diplomacia na área da saúde, a correlação com o presente trabalho está nos aspectos que permeiam a vida dos pacientes portadores de DCNT. Traz fatores de risco, alguns pontos que podem se relacionar a bioética das situações persistentes (apesar de não falar exatamente sobre ela) e como as DCNT afetam a saúde do mundo todo, inclusive daqueles que não são portadores de alguma condição crônica de saúde mas que sofre indiretamente com as consequências desse adoecimento global. Já o segundo trabalho fala da relação médico-paciente e como a bioética pode ajudar na busca do bem comum, respeitando e garantindo os direitos básicos de todos os cidadãos. Mas, ressalto novamente, tais estudos não abordam a

disputa de poder entre médicos, e muito menos como tal situação afeta os pacientes em geral e principalmente os portadores de DCNT(44).

Portanto, percebe-se que o tema aqui tratado, envolvendo relações de poder entre médicos de diferentes níveis assistenciais, aparece como algo ainda pouco explorado na literatura especializada, seja no próprio Programa, seja na RBB ou nos anais dos Congressos Brasileiros de Bioética, ao menos no período compreendido entre 2014 e 2024.

1.6 OBJETIVOS

O **objetivo geral** é dar visibilidade às relações de poder entre as especialidades médicas de diferentes níveis assistenciais nos cuidados às pessoas com DCNT no âmbito do SUS, sua relevância como questão bioética, e influencia na coordenação do cuidado àqueles pacientes, majoritariamente sob situação de vulnerabilidade social e econômica..

Já os **objetivos específicos** foram:

- a) Identificar as situações de hierarquia de poder entre profissionais médicos de diferentes níveis, e os fatores que influenciam a sua existência;
- b) Relacionar a hierarquia de poder entre médicos de diferentes níveis com possíveis problemas na coordenação do cuidado aos portadores de DCNT;
- c) Caracterizar as relações de poder entre médicos de diferentes níveis como uma questão bioética, mais especificamente como parte das “situações persistentes” no âmbito da Bioética de Intervenção;
- d) Identificar a importância das contribuições teórico-políticas da Bioética de Intervenção para o tratamento crítico do relacionamento profissional interníveis no cuidado aos pacientes com DCNT; e
- e) Relacionar a hierarquização de poder entre médicos de diferentes níveis assistenciais com os principais elementos teóricos da chamada “colonialidade do poder” e sua derivativa, a “colonialidade do saber”.

1.7 DESENHO METODOLÓGICO

O presente trabalho consiste em pesquisa teórica, de cunho exploratório, fundamentada na necessidade de investigar um tema cuja produção científica ainda é incipiente e dispersa, o que exige abordagens capazes de mapear conceitos, identificar lacunas e construir elementos analíticos preliminares. Combina-se pesquisa teórica e exploratória, ambas reconhecidas como estratégias adequadas em campos emergentes e com baixa consolidação conceitual (45, 46).

Esse tipo de investigação não se limita à revisão de literatura. Envolve um esforço sistemático de produção conceitual, integração crítica de referenciais e formulação de nexos interpretativos (45,47). Tais características convergem diretamente com a temática desta tese, que se apresenta como inovadora, com pouca produção sistematizada, exigindo a construção de um arcabouço teórico capaz de sustentar análises posteriores e dar visibilidade às dimensões ainda pouco exploradas pela literatura. Desse modo, a integração entre pesquisa teórica e exploratória justifica-se pela natureza ainda pouco estruturada do tema e pela necessidade de avanço conceitual que permita sustentar futuras análises. Juntas, essas estratégias possibilitam uma compreensão mais ampla, crítica e fundamentada, coerente com a complexidade e a novidade do objeto desta tese.

É uma pesquisa de natureza qualitativa, que utilizou fontes bibliográficas e documentais disponíveis nas bases SciELO, PubMed, LILACS e Scopus. Durante as buscas, utilizou-se descritores e suas combinações relacionadas a “relações de poder”, “hierarquia médica”, “autoridade profissional”, “níveis de atenção” e “coordenação do cuidado”. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura conduzida segundo o método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para assegurar rigor sistemático na identificação, seleção e avaliação das evidências disponíveis (48, 49). Esse método, reconhecido internacionalmente, estabelece critérios transparentes e reprodutíveis para cada etapa da revisão – identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

A revisão permitiu reunir e examinar criticamente os estudos pertinentes, descrevendo o percurso metodológico adotado e justificando a inclusão dos materiais que compõem o corpo teórico da pesquisa. A partir desse processo, foi possível confirmar a novidade do tema, bem como identificar lacunas significativas que

reforçam a pertinência de uma abordagem teórico-exploratória. Na seção 3.1, são abordados de forma mais aprofundada os aspectos relacionados à revisão.

1.8 REFERENCIAIS TEÓRICOS UTILIZADOS

O trabalho foi estabelecido sob três perspectivas teóricas: (a) a compreensão foucaultiana sobre o fenômeno do poder e seus usos nas instituições médicas, (b) a Bioética de Intervenção (20,21), em especial a vertente da Bioética das Situações Persistentes (41,42) e sua relação com as contribuições teóricas contidas na Declaração da Unesco sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH (19), e (c) os chamados estudos decoloniais, com foco principal nas reflexões em torno do paradigma da colonialidade, em especial a vertente da “colonialidade do saber” (22).

Para além das relações de poder entre médico e paciente, a presente pesquisa buscou dar visibilidade ao modo como esse poder se manifesta na relação entre os próprios profissionais médicos, a partir dos níveis de atenção à saúde que eles ocupam. Pelas suas contribuições à compreensão do fenômeno do poder no âmbito das instituições médico-hospitalares e em especial nas relações médico-paciente, os aportes fornecidos por Foucault surgiram como um primeiro e natural caminho em auxílio à reflexão sobre o tema aqui abordado (50,51).

Deslocando o conceito de poder do nível macro institucional para a esfera descentralizada das pequenas relações ou instituições, Foucault deu visibilidade a formas de controle que operam mais próximas dos sujeitos, como a ideia do poder disciplinar, que teria como função, por meio de normas, regras e sanções, criar corpos dóceis (docilização dos corpos) (50). Essa concepção da existência de microrrelações de poder que são exercidas sobre os indivíduos, docilizando-os, pode ser percebida no campo da saúde, no cotidiano de hospitais, clínicas, manicômios e consultórios, públicos ou privados. São locais caracterizados, principalmente, pela presença de situações de vulnerabilidade e fragilidade que marcam os processos de adoecimento, o que torna mais fácil o disciplinamento e o poder de coerção (50,51).

A docilização dos corpos pode ser percebida dentro da sociedade em diversos momentos. No entanto, é na área da saúde que eles assumem seu formato mais palpável, o que traz a contribuição foucaultiana para o âmago da presente pesquisa. Pacientes são considerados corpos dóceis e a presença de uma hierarquia de poder entre médicos pode ser considerada como um feixe de relações que resvala na

relação final médico-paciente. A instituição da saúde passou a controlar os corpos por sua padronização e docilização, sendo o poder cada vez menos visível e mais emaranhado nas entranhas institucionais. A figura do médico representa, por si só, a encarnação do poder, já que carrega a capacidade de curar e cuidar da saúde, um dos bens mais preciosos. É, portanto, o detentor do poder (dominador), pois pode levar à cura daquele – o paciente, que dela precisa (dominado) (50-52).

As reflexões sobre o papel do médico, sua obrigação de cuidar e as relações de poder que exerce, trazem à tona questões relacionadas ao campo da ética, principalmente a profissional, deontológica ou biomédica, marcada pela prescrição normativa das condutas. Entre seus principais avanços, trouxe em meados da década de 60 o reconhecimento do princípio da autonomia do paciente, uma tentativa de romper com o histórico paternalismo exercido pelo profissional. O movimento de “antipaternalismo ético”, sem anulação do princípio da beneficência, legitimou eticamente a posição do paciente como um sujeito de direito, com voz e poder para reivindicar e participar das decisões relativas à sua própria saúde (19,20,53).

Contudo, a perspectiva da ética biomédica, também denominada bioética clínica, firmemente ancorada em relações e soluções individuais e nos princípios que regem as condutas nestas relações, mostra-se insuficiente para dar conta das questões que serão colocadas aqui. Ou seja, da complexidade trazida pelo fenômeno das relações de poder que o exercício médico envolve e suas consequências para a integralidade do cuidado, sobretudo no que diz respeito aos pacientes com DCNT. É nesta perspectiva que se compreende a importância da análise do fenômeno sob a ótica da BI (20,21).

Surgida no contexto da discussão ética sobre o funcionamento dos sistemas de saúde na América Latina (ambiente de extrema desigualdade socioeconômica, iniquidade em saúde, autoritarismo, racismo estrutural, subalternidade e exploração), a BI rejeita o individualismo e o reducionismo principialista da ética biomédica. Ela traz como perspectiva o compromisso de mudança da realidade social com o enfrentamento a problemas éticos persistentes tais como o racismo, as desigualdades de gênero, de renda, etc. (20,21,23,24).

O processo de globalização econômica mundial, ao invés de amenizar, aprofundou ainda mais as iniquidades existentes entre as nações ricas do Norte e as empobrecidas do Sul Global, exigindo novas leituras e propostas. Impulsionada pela realidade de pobreza e desigualdade vivenciada pela maioria da população dos

países periféricos do Sul, a BI expõe críticas ao principialismo bioético, hegemônico nos países centrais do capitalismo, como algo insuficiente para analisar os macroproblemas éticos persistentes verificados nos contextos locais desses países. Assim, para atender à realidade latino-americana, a BI trabalha com conceitos como vulnerabilidade, equidade, igualdade, iniquidades em saúde e justiça social, gerando a discussão sobre temas marcantes da realidade em saúde sobretudo em regiões com piores índices socioeconômicos (20-24).

No contexto do avanço e consolidação teórica da Bioética de Intervenção, há que se destacar a elaboração e aprovação pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em outubro de 2005, da Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH (54). Composta por 28 artigos e destes, as temáticas que mais dialogam com a presente pesquisa são o respeito à autonomia e responsabilidade individual na tomada de decisões (art. 5.º) e a não discriminação e não estigmatização (art. 11). Como se verá adiante, em maior ou menor grau esse conjunto de temas encontra-se relacionado à problematização ética do exercício do poder médico, tanto na relação com seus pacientes quanto na relação com os demais profissionais (54).

O presente trabalho também compreende que esse tipo de situação reflete aquilo que mais recentemente, nos estudos decoloniais desenvolvidos por intelectuais latino-americanos como Aníbal Quijano, Walter Dignolo, Enrique Dussel e outros, se insere na categoria denominada “colonialidade do saber”. Uma vertente de outra categoria teórica específica, a “colonialidade do poder” (22, 30-33).

Traduzida como uma forma de hierarquização dos saberes, que legitima aqueles baseados na racionalidade moderna da Europa Ocidental, e exclui ou desqualifica os saberes populares e outros de origens não europeias. A colonialidade do saber opera desde o século XVI, estando entranhada em todas as áreas do conhecimento, especialmente naqueles campos considerados hegemônicos (37-98).

Aníbal Quijano (35), Rita Segato (40), Walter Dignolo (36,37) e Enrique Dussel (38) são pensadores importantes no campo da crítica decolonial e da teoria da colonialidade do poder. Eles contribuem para a reflexão sobre as heranças coloniais e o impacto do colonialismo no pensamento e na organização social. Essa ideia de culturas superiores e inferiores, de conhecimentos e saberes maiores ou menores é cotidianamente introjetada na sociedade e nos indivíduos, por meio da chamada “colonialidade do saber”. O paciente se sente mais seguro com o médico da Atenção

Especializada (AE), porque ele tem não só o título (o saber validado pela modernidade eurocentrada) mas também a parafernália tecnológica (também representativa da modernidade capitalista). A manutenção desse pensamento circunda toda a construção do cuidado e o fluxo das redes de atenção à saúde, gerando relações de confiança fragilizadas, dificuldades de acesso e fragmentação das redes de atenção à saúde (35-50,55).

Empiricamente, ao se falar de medicina, percebe-se que quanto mais complexo o serviço, há exigência de uma maior competência técnico-científica por parte do médico que detém o poder nuclear na produção dos serviços hospitalares. Por isso, dentre as diversas especialidades médicas, presume-se que quanto maior a competência técnico-científica, maior o poder desses profissionais, mesmo dentro da mesma profissão. Esses conflitos de poder compartimentalizam a assistência e fragmentam o cuidado, prejudicando sua integralidade (55,56).

O que os estudos sobre a colonialidade do saber vão mostrar é que esse problema na esfera do poder não é meramente do indivíduo ou da profissão. É um problema em escala sistêmica, global, alimentado e retroalimentado mundialmente pela colonialidade. Aprofundando nisso, é possível observar uma tensão entre a dimensão microfísica das relações de poder em Foucault (todos os espaços comportam micro relações de poder) e a dimensão macro da colonialidade do poder em Quijano (as relações de poder seguem um padrão colonial, que é estruturante das sociedades contemporâneas através do imaginário colonizado). São, portanto, visões diferentes sobre o fenômeno do poder. Enquanto Foucault observa o poder numa perspectiva racional moderna e a partir do indivíduo imerso nessas relações, Quijano desenvolve uma análise crítica a essa modernidade-racionalidade, observando a existência de um padrão de poder de dimensões globais e sistêmicas (35-37,50,51).

Trazendo para a temática abordada, o paciente é aquele que ocupa o lugar de colonizado e que no contexto do SUS, geralmente é o pobre, marginalizado, preto e vulnerável que enxerga o médico, normalmente homem branco, rico, estudado e dono do poder como melhor e o elo mais forte dessa relação. Na comparação entre médicos de diferentes níveis assistenciais, o médico da APS é tido como colonizado e o da atenção especializada como colonizador. Na verdade, dependendo da ótica, ambos são colonizados. Na ótica dos estudos decoloniais, quem coloniza não é o indivíduo, mas o padrão de poder operante desde o século XVI, que gera determinado imaginário. Na sociedade, há uma visão hegemônica de “médico de sucesso” como

homem branco, classe média alta, dono de clínica particular e atuante em hospitais, cujo sucesso decorre do uso de tecnologia de ponta. Toda a sociedade é colonizada por esse imaginário (37-40, 55).

Os estudantes que optam por fazer medicina também estão sendo colonizados por esse sistema, dentro dos cursos de graduação. A apresentação da medicina privada e o SUS, à medida em que não dá a visibilidade devida à APS, provoca a repetição desse padrão, privilegiando e mantendo o padrão do que seria colonizador (médico do sistema privado, especialista da AE, homem branco, rico e de sucesso) e colonizado (trabalhadores do SUS, o médico da APS, renda fixa e trabalho estatutário). Nós próprios temos nossas mentes colonizadas quando, por exemplo, localizamos as especialidades médicas apenas nos níveis secundário e terciário, esquecendo que a Medicina de Família e Comunidade - MFC é uma especialidade e que para trabalhar com famílias e comunidades há toda uma tecnologia social e cultural envolvida. A própria APS também é colonizada por esse imaginário, quando se conforma em ser vista com esse tipo de discurso, pelo poder do capital (financeiro, tempo de escolaridade e prestígio da especialidade). Esse processo todo é bastante subjetivo e fica incorporado nos discursos da sociedade pela utilização de instrumentos simples, como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame (35,50,51,55,56).

1.9 ESTRUTURA DO TRABALHO

A presente tese está dividida em quatro seções temáticas específicas. A primeira (“Doenças Crônicas Não Transmissíveis: impactos atuais e a construção do modelo de Redes de Atenção”) é dedicada a introduzir o leitor e a leitora no universo das DCNT e nas políticas de cuidado a elas direcionadas. Aborda-se o conceito, a epidemiologia e o perfil dos pacientes, as redes de atenção à saúde que envolvem os cuidados com esses usuários, as percepções dos pacientes e profissionais sobre a articulação das redes e os principais entraves e dilemas que tangem esse cuidar dos portadores de DCNT.

A segunda seção (“Revisão de Literatura”) traz a apuração sobre o “estado da arte” nas publicações acadêmicas sobre o tema das relações de poder entre médicos de diferentes níveis assistenciais, em especial aqueles envolvidos no cuidado integral e longitudinal a pacientes com DCNT, e suas consequências para tais pacientes.

A terceira seção (“A hierarquização dos saberes médicos entre os diferentes níveis sob o olhar da Colonialidade do poder/saber”) aborda criticamente as assimetrias identificadas no exercício de poder entre médico-paciente, e também entre os próprios profissionais médicos a partir dos lugares ocupados nos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). Aponta para a presença de relações de poder que se configuram e sustentam epistemicamente a partir do padrão colonial de poder, que privilegia a racionalidade moderna eurocentrada, representada nos modelos biomédico, biotecnológico e hospitalocêntrico, em detrimento do modelo médico humanizado, centrado na pessoa (e não na doença) e horizontalizado, articulado em rede.

Na quarta seção (A relação de poder médico-paciente enquanto “situação persistente” nos cuidados aos pacientes com DCNTs: contribuições críticas da Bioética de Intervenção) é feita uma reflexão sobre as principais questões suscitadas pelo objeto da tese, a partir das ferramentas teóricas fornecidas pela Bioética da Intervenção.

1.10 CONTRIBUIÇÕES PREVISTAS

Pretende-se que este trabalho traga contribuições novas aos estudos na área da Bioética de Intervenção e aos seus diálogos com o pensamento decolonial, a partir de reflexões inovadoras sobre as questões apontadas e possíveis soluções para o enfrentamento das mesmas. Espero que incite reflexões, também, na área do ensino, formação profissional e na gestão do cuidado para pensar criticamente qual o cuidado em saúde que estamos dando a nossa população portadora das DCNT.

A luz dessas contribuições teóricas, deseja-se ser possível estender os limites da B.I. e do pensamento decolonial para além do campo teórico, com incorporação na prática profissional na área da saúde; identificar melhor as potencialidades e fragilidades em torno do cuidado longitudinal às pessoas portadoras de DCNT, ampliar o conhecimento sobre a coordenação da atenção entre as diversas especialidades médicas, e trazer subsídios para orientar a formulação de estratégias de planejamento e ações voltadas ao atendimento integral e de qualidade daqueles pacientes.

CAPÍTULO 2 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: IMPACTOS ATUAIS E PAPEL NA CONSTRUÇÃO DO MODELO DE REDES DE ATENÇÃO

Este capítulo propõe uma análise aprofundada das DCNT como um dos fenômenos centrais da transição epidemiológica contemporânea, evidenciando seus impactos sanitários, sociais, econômicos e políticos e seu relevante papel nos modelos de organização dos sistemas de saúde. Ao articular conceitos epidemiológicos, dados globais e nacionais, indicadores de morbimortalidade e carga de doença, bem como os determinantes sociais, ambientais e comportamentais associados às DCNT, o texto traz a compreensão de que tais agravos extrapolam o âmbito estritamente biomédico, ampliando para os horizontes da B.I. e das situações persistentes em saúde. Será discutido a magnitude e persistência das DCNT, a necessidade de reorganização das RAS, a centralidade na APS na coordenação do cuidado e a construção de Linhas de Cuidado. Propõe-se refletir criticamente sobre as necessidades de mudanças estruturais na governança, no financiamento, na integração entre níveis de atenção e na atuação intersetorial e sobre os limites e possibilidades do modelo em redes como resposta ética, política e organizacional aos desafios impostos pelo contexto brasileiro e global.

2.1 AS DCNT E SEUS IMPACTOS

As DCNT estão relacionadas ao estilo de vida e à existência de fatores de risco, como sedentarismo, alimentação em desequilíbrio, consumo de álcool, fumo e drogas, por exemplo. A predisposição genética também é um fator de risco relevante no aparecimento e combate às DCNT. A diabetes mellitus, hipertensão arterial e a obesidade são exemplos dessas morbidades (1,4,57-61).

As DCNT, muitas vezes, não têm origem definida, possuem fatores de risco associados, longos períodos de latência, com um longo tempo de duração e podem levar a deficiências e incapacidades funcionais como a perda de membros, paralisias, alterações metabólicas, dificuldades respiratórias, perda da capacidade laboral até sofrimentos emocionais e psíquicos. As doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas causam quase três quartos das mortes em todo o mundo. Todos os anos, 17 milhões de pessoas com

menos de 70 anos morrem de DCNT, sendo que 86% destas vivem em países de baixo e médio rendimento (sul global). Muitas dessas mortes precoces não são inevitáveis e a abordagem sobre seus principais fatores de risco, que são sociais, ambientais, comerciais e genéticos, como o consumo de tabaco, alimentação pouco saudável, consumo nocivo de álcool, inatividade física e poluição atmosférica, poderia prevenir ou retardar problemas de saúde significativos e um grande número de mortes (57-61).

Estima-se que as DCNT sejam responsáveis por 41 milhões de mortes no mundo ao ano, o que equivale a mais de 70% dos óbitos, dos quais 17 milhões são prematuros (<70 anos). No Brasil, em 2019, a mortalidade geral por DCNT correspondeu a cerca de 76% e os óbitos prematuros somaram 66,1% (2, 54-58). As DCNT resultam em consequências devastadoras para indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregarem os sistemas de saúde (57-61).

Devido à sua magnitude, relevância e impacto social, em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu as DCNT como uma ameaça para a sustentabilidade mundial. A relevância das DCNT torna-se ainda mais evidente ao utilizar o DALYs (Disability Adjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos por Incapacidade) como um indicador de morbidade e de impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Nesse indicador, as doenças crônicas ocasionaram 66% de DALYs, com transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%), ocasionando um maior número de sequelas e complicações permanentes (57-62).

Abrangendo condições como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, as DCNT emergem como um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) revelam um cenário intrigante na mortalidade proporcional por DCNT ao longo do tempo: em 2010 essa proporção representou 54,5% do total de óbitos no país, enquanto em 2021 esse valor reduziu, indicando uma diminuição na mortalidade proporcional por DCNT. Contudo, é fundamental ponderar que a redução observada pode ter sido influenciada pela elevação significativa na mortalidade devido à Covid-19 (1, 2, 59,63).

A pandemia desencadeou um aumento expressivo nas taxas de óbito, e a redistribuição de recursos e esforços para combater a emergência sanitária pode ter

desviado a atenção e os cuidados necessários para o manejo efetivo dessas enfermidades e seus indicadores reais. Ocorreram atrasos e interrupções de cuidados durante meses e, em 75% dos países do mundo, houve a parada, inclusive, dos serviços essenciais devido a restrições de bloqueio e canalização de recursos. Esse contexto evidencia a interconexão complexa entre diferentes causas de mortalidade e destaca a necessidade de considerar os efeitos indiretos da pandemia ao interpretar as tendências na saúde pública (63).

O custo para a pessoa acometida por uma DCNT também é bastante alto no Brasil, em função dos custos agregados, contribuindo para o empobrecimento das famílias. Eu sou uma cirurgiã-dentista que durante toda minha vida acadêmica estudei sobre o cuidado do profissional com o paciente na USF e na minha realidade atual percebo todas essas desigualdades e ciclos. Consigo entender as nuances que os mais vulneráveis, periféricos, negros (como eu), pessoas de baixa escolaridade e com maior carga de doenças passam por mais dificuldades que as ditas privilegiadas. Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) configuram-se como elementos estruturantes do processo saúde-doença, conforme amplamente demonstrado por evidências epidemiológicas globais (1,2,60,61).

A OMS, por meio da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, evidenciou que diferenças na expectativa de vida podem ultrapassar 20 anos entre países de alta e baixa renda, além de variações intraurbanas de até 10–15 anos entre grupos sociais distintos, não explicadas por fatores biológicos, mas por condições sociais desiguais. Indivíduos em posições hierárquicas inferiores apresentavam maior risco de adoecimento e morte, mesmo com acesso universal ao sistema de saúde, indicando que a desigualdade relativa, e não apenas a pobreza absoluta, impacta diretamente os desfechos em saúde. Estimativas epidemiológicas sugerem que apenas 10–20% das condições de saúde são atribuíveis a fatores biológicos, enquanto cerca de 40–50% são determinados por condições sociais e econômicas, e 30–40% por comportamentos fortemente condicionados por esses contextos. Adicionalmente, países com maiores níveis de desigualdade de renda apresentam piores indicadores de saúde, incluindo maiores taxas de mortalidade precoce e menor expectativa de vida, reforçando a centralidade dos DSS como determinantes estruturais da distribuição de doenças e mortes nas populações (64-66).

No contexto brasileiro, os dados epidemiológicos corroboram esse padrão, evidenciando profundas iniquidades em saúde associadas a renda, escolaridade e

território. Informações do IBGE e do Ministério da Saúde indicam que indivíduos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de DCNT, além de maior exposição a fatores de risco como alimentação inadequada e sedentarismo. As DCNT têm maior concentração em populações socialmente vulneráveis e a mortalidade infantil pode ser mais que duas vezes maior em regiões com piores condições socioeconômicas, enquanto diferenças na expectativa de vida entre regiões brasileiras chegam a 8–10 anos. Ademais, condições territoriais como ausência de saneamento básico, insegurança alimentar, violência urbana e baixa cobertura de serviços de saúde estão associadas ao aumento da incidência de doenças infecciosas, transtornos mentais e mortalidade precoce. Esses dados reforçam que o adoecimento e a morte seguem um padrão socialmente determinado, no qual as desigualdades estruturais operam como fatores centrais na produção e reprodução das iniquidades em saúde, consolidando os DSS como eixo fundamental para a compreensão epidemiológica e bioética do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (1,2,66).

Para o sistema de saúde, as DCNT apresentam custos diretos crescentes e estão entre as principais causas de internações hospitalares. Mudanças no padrão alimentar e de prática de atividade física da população são tidas como causas centrais desse cenário epidemiológico atual, sendo configuradas como fatores de risco comuns. Entre as mudanças no padrão alimentar, destaca-se o aumento acentuado do consumo de alimentos ultraprocessados que, de modo geral, possuem elevada densidade de energia, gorduras, açúcar e sódio (4,5,57-59).

As evidências científicas apontam que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipo II, e 40% dos vários tipos de câncer. Dentre os fatores de risco para as principais DCNT, destacam-se aqueles modificáveis e comuns às doenças referidas, que são: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Como estratégia de promoção à saúde e redução desses fatores, vem sendo priorizado o acesso a ações de promoção da saúde, produção de cuidado específico e de modos de vida saudáveis da população (4,5,57-59).

Como já foi dito, devido à sua relevância, a OMS cobrou ações urgentes para dirimir esse problema de saúde pública de ordem mundial. Quatro DCNT (câncer, diabetes, doenças pulmonares e cardiovasculares) matam 41 milhões de pessoas por ano — o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Para lidar com essa

emergência global, os governos assumiram o compromisso de reduzir, até 2030, um terço dessas mortes prematuras. Essa atitude está inserida no marco normativo e político da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, pactuada no âmbito da ONU que estabelece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (57-61,67).

O ODS nº 3, dedicado à saúde e ao bem-estar, reconhece a centralidade da saúde como condição e resultado de desenvolvimento ao propor não apenas a redução da mortalidade prematura pelas DCNT, mas também o fortalecimento dos sistemas de saúde, a ampliação do acesso universal a serviços de qualidade e a atuação sobre determinantes sociais, ambientais e comportamentais. Para além de um compromisso formal, a Agenda 2030 constitui um referencial ético e político que interpela os Estados a reorganizarem seus modelos de atenção, especialmente diante do desafio imposto pelas condições crônicas, reafirmando a necessidade de respostas estruturais, integradas e socialmente responsáveis (57-61,67).

Apesar de mundial, o impacto das DCNT não é de conhecimento do público geral no mundo, principalmente sobre a relação das morbidades e os fatores de risco. No entanto, a maioria das pessoas apoia intervenções e políticas para reduzir as mortes por DCNTs como a incorporação de mais espaços verdes nos projetos de saúde urbana e o aumento dos impostos sobre o tabaco (57-61).

Embora todos os membros das Nações Unidas tenham se comprometido a reduzir a morte prematura – um esforço que pode salvar milhões de vidas – poucos países estão atualmente no caminho certo para alcançá-lo. Esforços globais urgentes são necessários para retomar o caminho para alcançar esse compromisso. A Agenda 2030 destaca o princípio da responsabilidade compartilhada e os desafios de avançar e não deixar ninguém para trás. No entanto, sem o apoio dos países mais ricos e dos órgãos da OMS, dificilmente ocorrerão progressos e mudanças nos indicadores onde as DCNT aumentam. Evidências apontam que o controle dos fatores de risco é mais efetivo quando medidas são instituídas pelo Estado, intervindo sobre o ambiente, regulando práticas de comercialização, disponibilidade e oferta de serviços, taxando produtos nocivos à saúde, rotulando alimentos e intervindo no tabagismo e no uso abusivo de álcool e de sal (2, 57-61,67).

No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis – DANT para o período de 2021 a 2030 apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco e promoção da saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas

intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (1,2,5).

O Plano foi elaborado com a contribuição de representantes das secretarias, das agências, dos institutos e das fundações ligadas ao Ministério da Saúde (MS), de gestores e trabalhadores da saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, de empresas privadas e setores do mercado, de pesquisadores e demais representantes da sociedade civil. Este esforço coletivo fará parte da agenda da saúde nos próximos dez anos, em sintonia com a Agenda 2020-2030 dos ODS. O Plano também está em consonância com as recomendações mundiais e nacionais para prevenção das DANT e para a promoção da saúde (1,2,5).

2.2 O MODELO DE ORGANIZAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO

Para conseguir lidar com toda a complexidade do processo saúde-doença da comunidade global e promover uma atenção em saúde mais eficiente, equitativa e de maior qualidade, em 2010 foi criada a Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A construção de um sistema baseado em rede surgiu nos anos 90 nos Estados Unidos, como uma experiência de um sistema integrado em saúde. Avançou para a Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir alguns países em desenvolvimento (68-70).

O trabalho em redes surgiu como uma proposta de superação da fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde, criando um sistema integrado, coordenado e de atenção contínua para uma população definida. No Canadá, as redes de atenção à saúde trabalhavam na forma de sistemas integrados em saúde, centralizados na APS. Já na Europa Ocidental, as redes de saúde estão passando por um processo de crescimento, adaptação e evolução, com características próprias e advindas de cada país e seu contexto político, econômico e social (68,69,71,72).

A primeira vez que uma rede regionalizada apareceu na literatura foi no Relatório Dawson, publicado em 1920, no Reino Unido. O documento apresentava propostas da organização dos serviços de saúde de uma região. Até hoje, o relatório mostra-se atualizado e é tido como referência até por organizações internacionais de saúde (68,70,73).

Esse movimento universal em busca da construção de RISS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde e melhoram os resultados sanitários e econômicos desses sistemas. As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos, com interação de agentes públicos e privados, centrais e locais e onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (57,58,61,70,74-76).

Na América Latina as redes de atenção à saúde ainda são incipientes, com experiências no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana, no México e no Chile. A OPAS fez uma análise das redes integradas em saúde, elaborando um documento que aborda os aspectos dos sistemas fragmentados e de suas causas; conceitua os sistemas integrados de serviços de saúde e identifica suas diferentes modalidades; define os instrumentos de política pública e seus mecanismos institucionais; e propõe uma rota para a implantação desses sistemas nas Américas (68,70,76).

Na região, apesar dos esforços, a RISS apresenta alguns problemas em relação ao acesso, barreiras relacionadas com as políticas de saúde, estrutura da rede, entraves no processo organizativo e debilidades no planejamento e avaliação dos serviços. Essas dificuldades apontam para a necessidade de estudos que possam desenvolver e avaliar estratégias efetivas e factíveis que auxiliem a tomada de decisão pelos gestores. A crise contemporânea desses sistemas reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas DCNT e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas. Além disso, esses sistemas tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde com maior densidade tecnológica, e esse formato é ineficiente e ineficaz, como demonstram os estudos que tratam dessa temática (70,72,75,77).

No Brasil, são inegáveis os avanços com as reformas que culminaram com a implantação do SUS, porém vários problemas existem no cumprimento de seus princípios, diretrizes e objetivos, mesmo com as melhorias que evidenciaram o seu fortalecimento. Alguns autores ressaltam que a manutenção e a concomitância de dois modelos antagônicos convergem para a fragmentação da atenção à saúde: o modelo assistencialista, biomédico e outro representado pelo SUS, que remete a um sistema universal, equânime e integral. Questões relacionadas à coordenação dos cuidados em saúde, fragmentação da rede assistencial e a ausência de comunicação entre

prestadores são temas recorrentes nas discussões sobre a organização do sistema de saúde. Esse cenário, bastante complexo, exige soluções na política de atuação do SUS, para garantir a coordenação do cuidado, a continuidade da atenção, o alcance da equidade e da integralidade (76-78).

2.3 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÃO EM REDES

No Brasil, o sistema de saúde era voltado para as doenças infecciosas e para as condições agudas. Os progressos da ciência biomédica e medidas de saúde pública reduziram o impacto dessas doenças e, a partir daí, os sistemas de saúde precisaram readequar suas ações. No contexto nacional, nota-se a situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças, aliada ao acelerado envelhecimento da população, uma epidemia de problemas em saúde mental e um sistema de saúde que, apesar de poder celebrar conquistas, ainda se mostra não totalmente organizado para o enfrentamento desse cenário. O futuro dos sistemas de saúde consiste em integrarem-se nas RAS, trabalhando de modo mais cooperativo e operacionalizado sob uma visão compartilhada, com a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e foco na qualidade (74-78).

As evidências apontam que a implantação das redes de atenção à saúde produz resultados positivos, como a redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhora do custo-efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; melhora da qualidade da atenção; produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; facilitação da utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumento da satisfação dos usuários e do autocuidado (74-78).

No Brasil, o conceito de RAS passou a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde em 2006(78), integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão. Com a publicação da Portaria GM/MS n.º 4.279/2010 (80) e do Decreto n.º 7.508/2011 (81) é

disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização.

Os elementos que constituem a rede de atenção à saúde são a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A RAS tem como característica principal sua organização ser coordenada pela APS, que pode desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade, com custos suportáveis, estando engendrada no arcabouço jurídico e político do SUS (70,76,80,81).

Redes temáticas e RAS não são sinônimos. Redes temáticas são caracterizadas pela organização da atenção por meio de redes para subpopulações e/ou temas específicos e, portanto, não têm seu foco em todo o sistema, como as RAS. Porém, ambas apresentam algumas similaridades, como a definição das responsabilidades dos pontos de atenção, o destaque para a necessidade do compartilhamento de informações, o vínculo entre os serviços e a ênfase no fortalecimento da APS. Tanto nas redes temáticas como nas RAS, a APS deve ser o ponto estruturante e coordenador do cuidado individual ao exercer o papel de ordenadora e de porta de entrada prioritária das RAS. Essas funções trazem a APS como nível de atenção, mas também a colocam em uma posição de organização das redes regionalizadas (70,76,80,81).

As redes temáticas foram implementadas com forte indução federal, financiamento específico, definição clara de prioridades e protocolos assistenciais bem delimitados, o que favoreceu sua rápida operacionalização. Além disso, essas redes se estruturam em torno de problemas de saúde mais visíveis e socialmente mobilizadores, funcionando como “atalhos organizacionais”, com desenho mais pragmático e foco em linhas de cuidado específicas, permitindo ganhos concretos mesmo em sistemas fragmentados. Por outro lado, para o pleno funcionamento das RAS, as transformações devem ser mais profundas e complexas, envolvendo integração efetiva entre níveis de atenção, coordenação eficaz da APS, mudanças nas relações de poder entre profissionais e serviços, além de superação de barreiras históricas como a fragmentação do sistema, o financiamento insuficiente e a lógica hospitalocêntrica (70,76,82-84).

Trata-se, portanto, de uma mudança estrutural que demanda tempo, governança robusta e alinhamento entre múltiplos atores, gerando tensão com interesses corporativos, desigualdades regionais e fragilidades na gestão. Assim, enquanto as redes temáticas avançam por meio de recortes mais específicos e

operacionais, a RAS, como projeto mais amplo de reorganização do sistema(70,76,82-84)

Em 2013, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPCD) foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde GM n.º 252, de 19 de fevereiro de 2013 (85), depois alterada pela Portaria n.º 483, de 1.º de abril de 2014 (86). O objetivo era fomentar a mudança do modelo de atenção das pessoas com doenças crônicas por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de atenção. A constituição da RASPCD é também uma das ações do eixo de cuidado integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (1,2,85,86).

As RAS podem ser definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário com atenção integral; funcionam sob coordenação da APS e prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente (70,76,80,81).

A coordenação do cuidado é uma categoria central para a construção e eficácia das RAS e tem sido definida como um acordo entre os serviços de saúde relacionados com a atenção do paciente, vinculados por uma ação cooperativa e interdependente entre provedores, voltada ao alcance de um bem comum e que permite melhorar a assistência independente de onde seja ofertada a atenção, com potencial para administrar os possíveis conflitos. A APS é considerada a principal coordenadora do cuidado, tendo a Estratégia Saúde da Família – ESF como sua principal ferramenta para reorientar o modelo assistencial (73), para ser o centro de comunicação das redes e coordenar os fluxos e contrafluxos (76,87,88).

O marco para a organização da APS foi a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, pela Portaria n.º 648, de 28 de março daquele ano (89). A PNAB foi atualizada mais duas vezes, em 2011(90) e em 2017 (91). A PNAB/2006 foi elaborada visando solucionar os impasses existentes e fazer cumprir o papel da APS como a principal coordenadora do cuidado. Em 2011 ela foi revisada pela Portaria n.º 2.488(81). Essa nova formatação, fortaleceu a centralização da APS, a organização em rede, ampliou as ações do NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família), reconheceu as especificidades da equipe e necessidades diferenciadas dos

moradores de rua e populações ribeirinhas e agregou o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos. Tais instrumentos reforçaram o papel da APS e serviram para a expansão e consolidação do sistema vigente (89- 94).

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. No plano da APS, destaca-se a aprovação de uma lei federal que sobrecarrega os municípios pela obrigatoriedade do piso e da forma de vínculo empregatício, e uma portaria que tornava facultativa a presença de Agentes Comunitários em Saúde (ACS) nas equipes, e incorporava técnicos de enfermagem. Essa portaria foi revogada(91). Nesse intervalo de tempo, mudaram as regras do financiamento federal do SUS e os gastos com saúde e educação foram congelados por 20 anos (89-91). Além disso, o Ministro da Saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde e a desregulação do setor de saúde suplementar (89-94).

Em 2017, a política passou por outra revisão pela Portaria n.º 2.436 alterando algumas obrigações que garantiam a supremacia da ESF e levou a perdas no papel da APS como centro da rede e no processo de trabalho, gerando instabilidades e fragilizando a política e o modelo de saúde atual. Várias organizações vinculadas ao SUS como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Escola Nacional de Saúde Pública criticaram essas mudanças na PNAB(92-94).

A unificação com os ACE e incorporação de algumas funções (aferição de pressão, glicemia capilar, temperatura axilar e realização de curativos limpos) passam a fazer parte do escopo de atuação do ACS. O até então NASF teve seu papel enfraquecido de forma institucional por não ter sido reafirmado explicitamente como um apoio matricial, portanto componente estruturante da APS. Em 2019, com o novo modelo de financiamento da APS, que suprimiu o custeio federal específico do NASF e culminou, posteriormente, na mudança de nomenclatura para Equipe Multiprofissional (eMulti), deslocou o foco do apoio matricial territorializado e longitudinal para uma lógica mais instrumental, voltada ao atendimento pontual, à complementaridade assistencial e ao cumprimento de metas de desempenho. Assim, a mudança de nome não se limita a um ajuste semântico, mas expressa um reordenamento do papel e do processo de trabalho multiprofissional, com riscos de

esvaziamento da integralidade, da coordenação do cuidado e da capacidade da APS de responder de forma qualificada à complexidade das condições crônicas e das vulnerabilidades sociais, tensionando princípios históricos que sustentaram a consolidação da APS no SUS (93-95).

A PNAB 2017 admitia equipes de Atenção Básica (eAB) sem obrigatoriedade de adscrição territorial, cobertura populacional definida ou presença de ACS em número mínimo. Tornava possível diferentes composições de carga horária médica e modelos de equipe, abrindo margem para formas mais precarizadas de organização do trabalho e fragmentação do cuidado, deslocando a APS de sua função estratégica de ordenadora das redes de atenção para uma posição mais funcional e seletiva. O Programa Saúde na Escola (PSE) aparece de forma bem breve e sem detalhamento e passa a existir uma diferenciação das ações e serviços da APS que seriam de 'padrão essencial' (ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade) e 'padrão ampliado' (estratégicos para atingir altos padrões de acesso e qualidade), também com escassez de detalhes. Sobre isso, há que se mencionar o risco de se abrir para uma atenção simplificada e seletiva (92-95).

Sob uma análise bioética crítica, tais mudanças expressam um deslocamento do compromisso estatal com a ética da proteção e com a justiça sanitária, pois reduzem a capacidade da APS de enfrentar iniquidades estruturais, enfraquecem práticas orientadas pela integralidade e aprofundam assimetrias de poder entre níveis de atenção, profissionais e usuários, convertendo a APS de espaço privilegiado de produção de cuidado ético, contínuo e equitativo em um dispositivo mais vulnerável a lógicas gerencialistas, fiscalistas e medicalizantes, em tensão direta com os princípios constitucionais do SUS (21-24).

Além da PNAB como marco político, a APS conta com o Pacto pela Saúde instituído em 2006 na busca de uma reorganização das relações interfederativas no SUS a partir de três dimensões articuladas — Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão — reafirmando a APS como o eixo estruturante da integralidade do cuidado, da regionalização solidária e da corresponsabilização entre União, estados e municípios (78,79).

À luz da bioética, especialmente a bioética da proteção, o Pacto afirmava uma lógica de solidariedade federativa e de responsabilização pública que tensionava menos o direito à saúde como bem coletivo e mais o reafirmava como dever estatal inegociável. O contraste entre esses dois marcos evidencia um antítese moral e

bioética nacional que ocorre de forma quase concomitante: um é o reforço da APS como instrumento de equidade, coordenação do cuidado e redução de assimetrias de poder entre territórios, níveis de atenção e sujeitos, outra é uma reconfiguração que fragiliza esse papel estratégico, abrindo espaço para arranjos seletivos e desiguais. Esse deslocamento não é apenas técnico ou administrativo, mas profundamente moral e político, pois redefine os limites da responsabilidade do Estado, rebaixa o cuidado integral como valor normativo e reatualiza tensões entre eficiência gerencial e proteção da vida, mobilizando as relações de poder e mantendo o padrão de sofrimento da população com condições crônicas que nesses dez anos tiveram seu processo de cuidado alterado de forma negligente, irresponsável e despreocupada com o principal objetivo de tudo que deveria ser a atenção a saúde do cidadão (20-24).

No Brasil, desde os anos 1920 assistimos a várias tentativas de organizar a APS. Vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções distintas. Contudo, o marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais abrangente de APS. Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000 e essa mudança de nome é o reflexo da sua valorização como estratégia permanente de reorganização do modelo de atenção, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, territorialização, adscrição de clientela e coordenação do cuidado. A adoção do termo “estratégia” também reforça a ESF como instrumento central para a mudança do modelo biomédico, centrado na doença e na assistência curativa, para um modelo orientado à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao cuidado longitudinal e à articulação em redes de atenção. Nesse sentido, a ESF deixa de ser compreendida enquanto ação isolada ou complementar e passa a ocupar uma posição estruturante na organização dos serviços de saúde, assumindo a função de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, especialmente frente ao crescente desafio das condições crônicas (89,96-98).

É preciso considerar que nesse tempo de implantação, essa estratégia tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil, produzindo vários resultados favoráveis à saúde da população. Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e

diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ser minimizadas, o que tem trazido questionamentos quanto à sua credibilidade e capacidade de reorganizar os serviços e ações de saúde e substituir o modelo tradicional de saúde no Brasil. Reconhecer a fragmentação na oferta dos serviços de saúde, baixa resolubilidade e o acesso seletivo desse nível de atenção fragilizam a constituição de redes e assim, a APS não exerce seu papel de coordenar e por isso não garante a integralidade do cuidado e a coordenação da atenção, convertendo-se em um desafio a ser enfrentado (94,96-98).

A falta de coordenação da assistência é um dos principais obstáculos a ser superado para alcançar os princípios e diretrizes do SUS e assim, promover o cuidado adequado. A coordenação pode ser definida como a capacidade de garantir a atenção ininterrupta no interior da rede de serviços pela equipe de APS e dependem de tecnologias de gestão clínica, mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais e registro adequado de informações (18,70,76,87,88).

A essência da coordenação é a disponibilidade das informações a respeito dos problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da importância daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades do atendimento atual e que com a ausência da coordenação, a longitudinalidade do cuidado ficaria prejudicada e o alcance da integralidade ficaria dificultado. A coordenação do cuidado envolve atividades complexas que requerem interações entre prestadores e entre prestadores e pacientes, incluindo transferência de informações clínicas no tempo correto, comunicação efetiva entre as partes envolvidas e compartilhamento de decisões (87,88).

A coordenação pode ser vista como um sistema de intercâmbios, que pode ampliar e melhorar a comunicação, reduzir incertezas e evitar conflitos (77). Embora estes sejam parte inerente a qualquer organização social, eles surgem sobretudo quando diversas organizações com interesses diversos tentam trabalhar juntas. Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. Para a melhoria da coordenação é necessário minimizar as barreiras entre níveis assistenciais, promovendo um “sistema sem muros” e oferecendo uma atenção mais oportuna e integrada, por meio da

implantação de mecanismos e estratégias de articulação entre níveis dentro da RAS (18,75-78).

Outro aspecto relevante a ser conceituado é a formação de Linhas de Cuidado (LC) compreendida como uma ferramenta na constituição das RAS e na atuação da coordenação entre níveis. LC é uma ferramenta dinâmica e sistêmica na produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. Trata-se de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (13,99).

A concepção da LC parte da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado, com início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros, diminuindo as dificuldades de acesso e integrando os serviços de saúde (82,83,99).

Essa forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde visam a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados (82,83,99).

A implantação da RASPDRC ocorreu pela organização e operacionalização de LC específicas, considerando os agravos de maior magnitude. As LC devem expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica e definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da rede (82,85,86).

A RASPDCCR traz as diretrizes das LC, definições de regiões de saúde, a garantia do acesso regulado, implementação de sistemas de informação que acompanhem o cuidado dos pacientes, a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado, a garantia da avaliação e do acompanhamento periódicos das pessoas que apresentam DCNT, estratégias para apoiar o autocuidado e articulações intersetoriais. O desenho da LC entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (82,89,90).

A análise da LC possibilita mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o beneficiário, quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, ações de vigilância à saúde, promoção, utilização dos recursos das clínicas especializadas. O esperado é um “caminhar” na rede de serviços que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. A “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado (82-84).

À luz dessa compreensão ampliada da linha de cuidado, que evidencia a necessidade de fluxos contínuos, regulação efetiva e acompanhamento longitudinal para a garantia da integralidade, torna-se inevitável problematizar quem detém o poder de decisão sobre os percursos do usuário na rede e como essas decisões são produzidas e legitimadas nos diferentes pontos de atenção. As barreiras, tentativas de negação de acesso e rupturas no “caminhar” esperado da rede não são apenas falhas organizacionais, mas expressões concretas de relações de poder que atravessam o encontro clínico e a articulação entre níveis assistenciais. Nesse sentido, a discussão sobre as relações de poder médico-paciente e entre médicos de diferentes níveis de atenção emerge como desdobramento analítico necessário para compreender como a produção do cuidado, longe de ser neutra, é moral, política e bioeticamente condicionada no interior das redes de atenção à saúde (35,85-87).

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES SOBRE AS RELAÇÕES DE PODER MÉDICO-PACIENTE E ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO

Este capítulo reúne uma revisão crítica da literatura sobre as relações de poder médico-paciente e entre médicos de diferentes níveis de atenção, articulada a uma discussão teórica orientada por um referencial teórico-metodológico crítico, com o objetivo de desvelar como o poder se produz, se legitima e se reproduz no cotidiano do cuidado em saúde da comunidade portadora de DCNT. Ao analisar o encontro clínico, questiona-se em que medida a autoridade médica ainda se impõe sobre a autonomia do paciente e se o discurso da centralidade do usuário tem, de fato, se traduzido em práticas menos assimétricas ou apenas em uma retórica institucional esvaziada. Do mesmo modo, ao explorar as relações entre médicos da APS e da AE emergem alguns questionamentos, por exemplo: Se a APS é formalmente reconhecida como coordenadora do cuidado, até que ponto suas decisões são efetivamente consideradas? Quem define os fluxos, valida diagnósticos e hierarquiza saberes dentro das redes de atenção? Para fazer essas reflexões, deve-se analisar criticamente se tais relações de poder são inevitáveis à prática médica ou se expressam arranjos históricos, institucionais e morais passíveis de crítica, transformação e reorientação ética no interior do SUS.

3.1 REVISÃO DE LITERATURA

A condução da revisão seguiu as etapas padronizadas pelo método PRISMA. Inicialmente foram identificados 541 registros nas bases SciELO, PubMed, LILACS e Scopus, obtidos por meio de estratégias de busca estruturadas combinando descritores e termos livres relacionados a “relações de poder”, “hierarquia médica”, “autoridade profissional”, “níveis de atenção” e “coordenação do cuidado”. Esses termos estão contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e foram escolhidos para gerar uniformidade e uma busca mais assertiva dentro das bases de dados. Após a exportação dos resultados para um gerenciador de referências, procedeu-se à remoção automática e manual de duplicidades, o que resultou em 465 registros únicos, que seguiram para triagem (48,49).

A etapa de triagem consistiu na leitura de títulos e resumos, aplicando-se os critérios de inclusão definidos para abranger estudos que discutem relações de poder

entre médicos atuantes em diferentes níveis de atenção à saúde, em especial no cuidado de condições crônicas não transmissíveis. Foram excluídos artigos que não abordavam relações de poder, que tratavam de interações profissionais que não envolviam médicos, que apresentavam apenas discussões técnicas biomédicas sem interface organizacional, ou que não forneciam análise empírica ou conceitual relevante para o tema. Os registros considerados potencialmente pertinentes seguiram para a leitura integral.

Durante a etapa de elegibilidade, os textos completos foram analisados quanto à adequação teórica, metodológica e temática. Foram excluídos estudos cujo conteúdo não apresentava discussão consistente sobre hierarquia, autoridade ou dinâmicas de poder entre médicos, bem como aqueles que, após leitura detalhada, mostraram-se desalinhados com o foco da investigação. Ao final desse processo, 17 artigos atenderam aos critérios de inclusão, constituindo o produto final analisado na revisão. O percurso é apresentado no fluxograma PRISMA a seguir, onde se detalha cada etapa, desde a busca inicial até a composição final do conjunto de artigos incluídos (48,49).

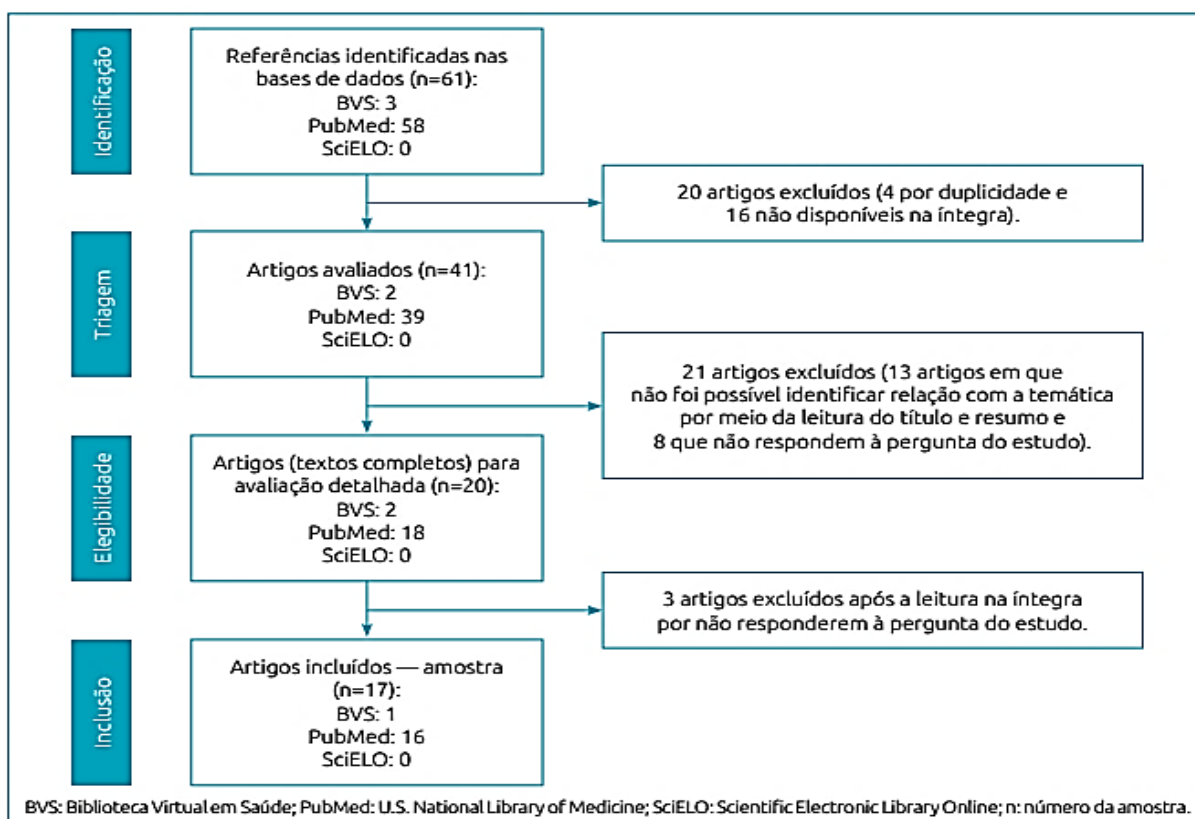


Figura 1: Fluxograma da revisão de literatura realizada na presente tese, segundo o método Prisma.

Fonte: Autoria própria, a partir de dados do método Prisma.

A literatura revela e o quadro 4 mostra, de modo articulado e complementar, que as relações de poder no campo médico – especialmente entre profissionais de diferentes níveis de atenção envolvidos no cuidado de pacientes com DCNT – são estruturadas por assimetrias comunicacionais, hierarquias institucionais e pela centralidade da expertise biomédica como mecanismo de legitimação profissional. Esses elementos se mostram recorrentes tanto em estudos empíricos quanto em análises teóricas mais amplas sobre o poder médico e suas formas contemporâneas de expressão (100-105).

Nos artigos empíricos de Almeida (16), Cavalheiro (102) e Bruneau (103), observa-se que a comunicação entre os profissionais, em vez de atuar como elo integrador entre níveis de atenção, reproduz e intensifica desigualdades. A APS, responsável formal pela coordenação do cuidado, muitas vezes não é reconhecida pelos especialistas da AE como ordenadora do processo assistencial e isso se manifesta em interações marcadas por baixa disponibilidade para o diálogo, ausência de contrarreferência, pouca circulação de informações e descrédito sobre a capacidade técnica dos médicos da APS.

Os especialistas da AE, por sua vez, ocupam posição de autoridade sustentada não apenas pela formação, mas também pelo domínio do conhecimento especializado, que é valorizado como mais legítimo e mais científico do que o conhecimento especializado referente à Medicina de Família e Comunidade. Essa dinâmica, evidenciada no Brasil por Almeida (16) e Cavalheiro et al. (102), encontra paralelo no estudo francês de Bruneau et al.(103), no qual a condução terapêutica de pacientes permanece sob controle rígido dos médicos dos hospitais (trazendo para o contexto do Brasil, médicos do segundo ou terceiro nível de atenção) por demandas, às vezes, do próprio paciente, demonstrando que mesmo propostas de autonomia podem reforçar a assimetria de poder.

A dimensão institucional desses conflitos é aprofundada pela evidência que ambientes médicos são permeados por práticas de abuso de autoridade, isolamento, sobrecarga e punições simbólicas dirigidas especialmente a profissionais considerados em posições mais fracas na hierarquia – como residentes, mulheres e profissionais iniciantes. Embora seu foco não seja especificamente a relação entre APS e AE, seus achados ajudam a compreender que a cultura hierárquica da medicina naturaliza desigualdades e legitima mecanismos de dominação que se reproduzem também entre médicos de diferentes níveis de atuação. Assim, quando especialistas

desqualificam a prática da APS ou se recusam a dialogar, essas atitudes não são episódios isolados, mas expressões de uma cultura profissional estruturada pela verticalidade e pela concentração de poder (104-106).

Essa interpretação é enriquecida pelos textos teóricos de Azeredo & Schraiber (104) e Bates (105). Os primeiros argumentam que a crise contemporânea dos vínculos de confiança na medicina deriva da transformação da autoridade médica tradicional em formas de violência institucional, resultado de mudanças históricas na prática e da excessiva valorização do conhecimento técnico em detrimento da dimensão relacional do cuidado. Essa perspectiva esclarece por que as relações entre APS e especialistas da AE frequentemente se desgastam: falta reconhecimento mútuo, e a lógica tecnocrática reforça a percepção de que o especialista da AE detém a verdade clínica, enquanto a APS ocupa posição marginal. Bates, por meio de uma leitura foucaultiana, complementa essa análise ao mostrar que o poder médico não é apenas algo que alguns profissionais exercem sobre outros, mas também um processo pelo qual os próprios médicos são subjetivados e moldados a ocupar determinadas posições. Assim, tanto o especialista quanto o médico da APS são interpelados por discursos, normas e estruturas institucionais que determinam quais posturas são aceitáveis e quem pode falar com autoridade (100-105).

Integrando essas perspectivas, torna-se evidente que a coordenação do cuidado — especialmente no caso das DCNT, que exigem acompanhamento contínuo e multiprofissional — funciona como um território de disputa simbólica e prática. A APS tenta exercer seu papel ordenador, mas é frequentemente deslegitimada pela lógica biomédica especializada. Os especialistas da AE, por sua vez, ocupam uma posição de comando sustentada tanto pelo saber técnico quanto pela cultura organizacional hospitalocêntrica. A comunicação entre esses atores, longe de ser neutra, reforça essas desigualdades, haja vista que a APS e a AE não funcionam no mesmo local físico (um é uma Unidade Básica de Saúde e o outro em centros médicos, policlínicas ou hospitais) e justamente por essa característica, deveriam conversar por meio de mecanismos institucionais já estabelecidos (100-105).

Como foi dito, a referência é realizada somente como condição para o encaminhamento e várias vezes não traz a história clínica do paciente detalhada de forma a embasar a tomada de decisão do especialista da AE. Uma prova disso, é que em várias redes de saúde existem os médicos reguladores que têm a função de realizar uma revisão crítica da guia de encaminhamento ou referência e muitas vezes,

precisa ir atrás do profissional que encaminhou pra um preenchimento melhor para que não haja um retorno do documento e a falha no fluxo do paciente. Se essa comunicação já estivesse bem estabelecida, não precisaria ter sido criado esse profissional para essa função específica. Dentro da rotina do serviço, é popularmente conhecido como o “encaminhamento cachorro” (ao endócrino, ao ginecologista, ao oftalmologista, ao pediatra). Esse conhecimento relatado é devido a atuação função da autora da tese, como membro de uma eSF em uma Unidade da Saúde da Família (USF) que todos os dias vê essa hierarquia de poder acontecendo e prejudicando o caminho dos pacientes. O retorno ao médico da APS é mais negligenciado ainda, pois como não é requisito para o acesso a USF, na grande maioria dos casos não existe e o médico da USF fica sem saber como foi a consulta e a conduta clínica do colega de trabalho. A exceção é quando o paciente relata ao profissional, mas muitas vezes são pessoas que não conseguem entender o manejo clínico e não conseguem passar o que ocorreu de forma adequada (8,104-109).

Essa pode ser uma explicação para o médico da APS, reiniciar o tratamento do paciente ignorando o manejo do especialista que ele mesmo enviou ou até a retenção desse pacientes no nível secundário ou terciário demandando retornos desnecessários pela falta de confiança do profissional desses níveis em contrarreferenciar o paciente para a APS (108,109).

Além do formulário de referência e contrarreferência, existem outros mecanismos (protocolos clínicos, resumo de alta hospitalar, teleconsultas) mas eles são pouco conhecidos pelos médicos de ambos os níveis e pouco utilizados. Uma alternativa para isso, são os sistemas de informação, mas são poucas as capitais que eles funcionam compartilhando informações entre diferentes níveis de atenção. Essas falhas revelam o descrédito mútuo que refletem e alimentam relações de poder assimétricas. Em última análise, esses estudos mostram que a fragmentação do cuidado, a dificuldade de coordenação e as tensões entre níveis de atenção não são apenas problemas organizacionais, mas manifestações de relações de poder profundamente enraizadas na cultura médica contemporânea (15-18,106,110).

A produção analisada articula convergências importantes sobre como o poder médico se manifesta concretamente no cotidiano do cuidado e como essas manifestações repercutem nas relações entre níveis de atenção no manejo das DCNT. De modo geral, três eixos explicativos atravessam os estudos: 1) o controle do conhecimento e da informação como forma central de poder; 2) as formas de

comunicação e paternalismo que regulam corresponsabilidade e adesão; e 3) a matriz institucional e histórica que legitima posições de autoridade (especialmente hospitalares/especialistas) em detrimento de arranjos mais distribuídos de coordenação (103-106).

Começando pelo eixo do controle do conhecimento, Bruneau e colaboradores (103) mostram, no contexto da educação terapêutica oncológica, que a autonomia do paciente é frequentemente circunscrita por “marcos” técnico-institucionais: os profissionais definem o que conta como informação útil e quando o paciente está apto a assumir responsabilidades, e esse processo opera como vigilância e supervisão clínica. Esse mecanismo – tutela informacional que legitima decisões concentradas – é diretamente comparável ao que Cavalheiro et al. (102) identificam em ambientes multiprofissionais, onde quem centraliza e organiza os registros e o fluxo informacional (frequentemente o médico especialista ou o serviço hospitalar) acaba por deter o poder decisório e por moldar a prática dos demais profissionais. Em ambos os estudos vê-se o que já foi supracitado devido ao conhecimento “in loco” da autora deste trabalho, é que o conhecimento técnico não é neutro: ele é codificado, distribuído e regulado por estruturas que definem papéis e limites de atuação, o que traz implicações diretas para a temática aqui abordado, pois indica que a disputa entre APS e AE muitas vezes se dá em torno do controle sobre os artefatos do saber (ex.: protocolos, prontuários, indicadores), e não apenas sobre competências declaradas (15-18,103-106).

No eixo da comunicação, paternalismo e adesão, Herrera et al. (estudo com pessoas vivendo com HIV) (111) e Davis et al. (cirrose) (112) aprofundam como paternalismo e comunicação deficitária produzem passividade do paciente, ocultamento de práticas (não adesão escondida) e mobilidade entre profissionais em busca de validação — estratégias que corroem continuidade e coordenação do cuidado. Herrera, em particular, documenta como a presença de informação alternativa (redes de pacientes, ONGs) pode recalibrar essa relação, às vezes empoderando o paciente e às vezes criando tensões com médicos que sentem sua autoridade desafiada. Para o presente trabalho, essa análise é crucial sugerindo que, na gestão das DCNT, não basta redesenhar fluxos formais entre níveis de atenção — é necessário intervir nas práticas comunicacionais e nas normas culturais que naturalizam a autoridade vertical, porque mesmo boas redes podem fracassar se a linguagem técnica e os ritos de delegação não forem negociados(110-112).

Outra contribuição comparativa vem do foco nas dinâmicas de especialização e mercado observadas por Ergur et al (111) e na história institucional da autoridade médica desenvolvida por Ferla, Oliveira & Lemos (112). Aqueles evidenciam que as especialidades não são fronteiras científicas fixas, mas territórios em disputa modelados por lógica de mercado, estratégias de demarcação e competição por prestígio — fenômenos que deslocam a análise da relação entre níveis de atenção para o interior do campo médico: a APS não apenas enfrenta limitações técnicas, mas também resistências simbólicas quando tenta “ocupar” atividades que especialistas da AE reivindicam como seu monopólio (113). Ferla e colegas, por sua vez, trazem a genealogia foucaultiana/ histórica mostrando que o hospital e instituições científicas moldaram a ideia do saber legítimo e criaram normas de avaliação e prestígio que perduram (114). Combinadas, essas leituras apontam que a hierarquia entre níveis de atenção tem raízes históricas e é constantemente reproduzida por incentivos institucionais e econômicos — por exemplo, especialidades que concentram tecnologia diagnóstica e que se auto legitimam em fóruns científicos tendem a manter prerrogativas decisórias sobre o manejo de pacientes crônicos. Essa conclusão é vista na prática cotidiana, como já foi previamente citada com a manutenção do paciente na AE aumentando filas de espera, diminuindo resolutividade e onerando mais as RAS (103, 113-117).

Contrastando especificidades metodológicas e empíricas, nota-se que os estudos qualitativos de Herrera (111), Davis (112) e Bruneau (103) produzem evidências ricas sobre experiências e micro práticas (conversas clínicas, scripts de explicação, estratégias de controle), enquanto pesquisas que tratam da organização institucional e histórica (113,117) oferecem contexto macro para entender porque determinadas práticas são possíveis e persistentes. Cavalheiro et al. (99) operam num nível intermediário, operacionalizando indicadores que esclarecem como a circulação de informações concretiza desigualdades de poder. Essa diversidade metodológica permite combinar análise de experiências (que revelam mecanismos de reprodução do poder em consultórios e ambulatorios) com análise institucional (que explica porque estruturas organizacionais e trajetórias profissionais legitimam essas práticas), podendo mapear interações clínicas e, simultaneamente, análises documentais ou históricas para situar essas interações em regimes de poder mais amplos (103,113-117).

Há, no entanto, divergências analíticas produtivas entre os estudos que vale destacar: enquanto Herrera (111) e Davis (112) enfatizam o impacto imediato do paternalismo sobre adesão e qualidade de vida (uma perspectiva centrada no paciente e nas consequências clínicas), Bruneau (103) e Ergur (113) chamam atenção para a função regulatória do saber – isto é, mesmo práticas que parecem voltadas ao empoderamento (educação terapêutica; expansão de atuação) podem funcionar como dispositivos de controle, quando institucionalizados sem reconfigurar relações de autoridade. Cavalheiro (102) adiciona uma nuance: melhorias técnicas na circulação de informação (planos assistenciais, prontuários integrados) podem reduzir assimetrias instrumentais, mas não garantem mudanças nas relações simbólicas de poder. Em suma: reformar instrumentos e fluxos é necessário, porém não suficiente; é preciso também transformar normas, legitimidades e repertórios comunicacionais (103,113-117).

Portanto, pode-se perceber que a centralidade do controle informacional (protocolos, prontuários, decisões escritas) é o mecanismo principal que transforma diferenças técnicas em hierarquias de poder entre níveis de atenção e que a persistência do paternalismo clínico impede que iniciativas de coordenação (ex.: políticas de cuidado integrado) afetam efetivamente as práticas, salvo quando combinadas com intervenções de formação comunicativa e redistribuição real de autoridade. Outro ponto relevante são as disputas entre especialidades e APS que incorporam lógicas de mercado e prestígio, de modo que políticas meramente organizacionais sem ajuste de incentivos e reconhecimento institucional terão alcance limitado (103, 113-117).

Em suma, os artigos se complementam: uns mostram como o poder é exercido no encontro clínico e nas práticas de educação/adesão (103,111,112), outros explicam por que essas práticas são tão resilientes (113,114) – históricos sobre sociedades médicas – , e um terceiro grupo demonstra onde intervir operacionalmente (102) – comunicação e fluxo informacional. Integrar essas perspectivas permite trazer mecanismos concretos (micro), traçar arranjos institucionais (macro) e propostas de intervenções plausíveis (médio), oferecendo uma análise robusta das relações de poder entre médicos de diferentes níveis na atenção às DCNT e caminhos pragmáticos para mudar tanto rotinas quanto estruturas de legitimidade (103, 113-117).

Quadro 4 - Principais informações dos artigos selecionados durante fase final da revisão de literatura, usando o método PRISMA

Artigo	Método / Contexto	Achados Centrais	Mecanismos de Poder Evidenciados	Contribuições
Bruneau et al., 2024	Etnografia e entrevistas em centro oncológico francês	Autonomia do paciente é limitada; educação terapêutica funciona como dispositivo de controle; decisões centralizadas no especialista.	Controle do conhecimento; vigilância; autoridade técnica; assimetria comunicacional.	Mostra como especialistas mantêm autoridade mesmo em modelos centrados no paciente — paralelos com especialistas que regulam condutas da APS nas DCNT.
Cavalheiro et al., 2010	Estudo avaliativo multiprofissional em hospital	Comunicação é decisiva para a qualidade assistencial; falhas geram fragmentação e hierarquias.	Poder de quem controla o fluxo de informação; invisibilidade de outros profissionais.	Demonstra que hierarquização entre níveis ocorre via controle de informações clínicas, dificultando integração APS–AE em DCNT.
Cruvinel & Grosseman, 2023	Revisão integrativa sobre “pacientes difíceis”	Relações difíceis ocorrem por assimetria comunicacional, divergências sobre condutas e fragilidade do vínculo.	Desigualdade simbólica; autoridade prescritiva; julgamento moral.	Atribui conflitos às diferenças de poder simbólico; similar às tensões APS–especialistas na gestão compartilhada de DCNT.
Davis et al., 2021	Entrevistas com pessoas com cirrose	Pacientes evitam questionar médicos; sentem-se impotentes; adesão moldada pela autoridade clínica.	Autoridade unilateral; dependência; passividade forçada.	Reflete como o especialista assume papel hegemônico no cuidado de doenças crônicas graves, como ocorre nas DCNT.
Ergur, Akkaya & Saral, 2024	Análise sociológica da disputa entre especialidades	Especialidades disputam território, legitimidade e mercado; fronteiras são dinâmicas e politizadas.	Monopólio do saber; jurisdição profissional; estratégias de prestígio.	Esclarece por que especialistas resistem à ampliação do papel da APS no cuidado das DCNT – disputa por território clínico.
Ferreira, Maio & Azevedo, 1997–98	Estudo histórico sobre a SMCRJ	Formação da autoridade médica no Brasil foi marcada por conflitos institucionais, busca por legitimidade e criação de hierarquias internas.	Institucionalização do poder; prestígio acadêmico; legitimidade histórica.	Mostra raízes históricas da hegemonia da medicina especializada e hospitalar – importante para entender por que APS ocupa posição subalterna hoje.
Ferla, Oliveira & Lemos, 2011	Ensaio teórico foucaultiano sobre hospital e biopoder	Hospital como lugar de produção de verdade médica; biopolítica organiza hierarquia, disciplina e controle.	Dispositivos foucaultianos; anátomo-política; normalização.	Fundamenta teoricamente como estruturas de poder moldam relações entre níveis, com especialista/hospital no topo da hierarquia que regula DCNT.
Herrera et al., 2008	Estudo qualitativo com pessoas vivendo com HIV	Paternalismo, estigma e pouca comunicação prejudicam cuidado e adesão; pacientes ocultam práticas.	Paternalismo; controle moral; barreiras comunicacionais; estigmatização.	Mostra como relações verticais interferem na continuidade do cuidado — similar à falta de corresponsabilização entre níveis na cronificação das DCNT.

Fonte: autoria própria, 2026

Os artigos se complementam na demonstração de que o poder médico se estrutura a partir do controle do conhecimento, da comunicação e das instituições, afetando tanto o paciente quanto a relação entre profissionais. Estudos clínicos (103, 111,112) mostram o poder no microcosmo das interações clínicas, enquanto estudos sociológicos e históricos (113,114,117) explicam o macrocosmo que legitima a hierarquia entre especialidades e níveis de atenção, e Cavaleiro (102) evidencia o mecanismo operacional pelo qual esse poder circula: o domínio da informação (103, 113-117).

Essa convergência teórico-empírica mostra que a relação entre médicos da APS e especialistas nas DCNT não é apenas técnica, mas profundamente política, institucional e simbólica, reproduzindo desigualdades históricas, culturais e profissionais.

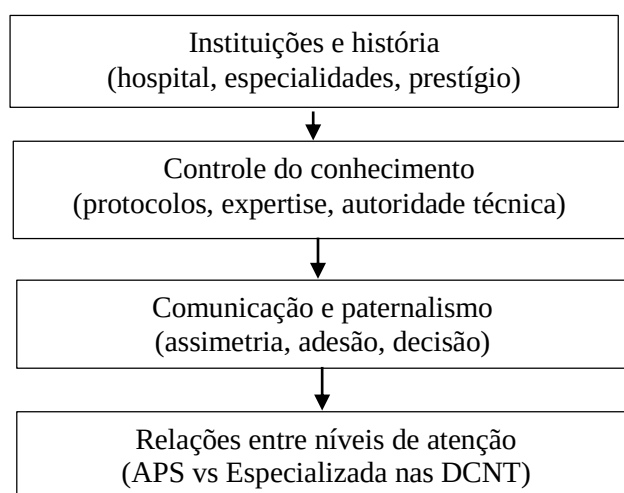


Figura 2: Organograma da cadeia de poder médico, da base histórica-institucional até as relações entre APS e AE. Fonte: Autoria própria

O organograma está estruturado de forma vertical, mostrando a cadeia de produção e reprodução do poder no campo médico, da base histórica-institucional até sua expressão concreta nas relações entre APS e atenção especializada:

1- Instituições e história da medicina: Prestígio do hospital; Autoridade das especialidades e Dispositivos foucaultianos de disciplinamento - fundamento histórico das hierarquias atuais.

2- Controle do conhecimento: Protocolos, diretrizes e expertise especializada e Demarcação de jurisdições profissionais - mecanismo que materializa a hierarquia institucional.

3- Comunicação e paternalismo: Assimetria informacional; Decisão unilateral e Impacto na adesão e no cuidado contínuo - Tradução do poder técnico em poder relacional.

4- Relações entre níveis de atenção (APS × Especializada) no cuidado às DCNT: Disputas de autoridade e Prioridade das condutas especializadas - APS como executora e não coordenadora e a expressão final da cadeia de poder analisada.

3.2 DISCUSSÃO À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A construção da ciência e da medicina, desde suas origens, está profundamente imbricada em relações de poder e na produção de verdades que se pretendem universais. Desde Aristóteles, a ciência busca formalizar o conhecimento, porém tais verdades são sempre parciais, situadas histórica e socialmente, como já observado por Morin (118) e Deleuze & Guattari (119). Nesse sentido, a medicina moderna não pode ser compreendida apenas como um campo técnico-científico neutro, mas como um espaço de disputa simbólica, institucional e epistêmica, no qual determinados saberes e práticas são legitimados em detrimento de outros (50,51).

É nesse horizonte crítico que o pensamento de Hannah Arendt (120) se apresenta como referencial teórico fundamental para a compreensão das dinâmicas de poder que atravessam as relações entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado a pessoas com DCNT, especialmente no contexto do biopoder e da crítica à bioética principialista. Arendt (120) compreende o poder como algo que “surge entre os homens quando eles agem em conjunto”, destacando seu caráter relacional, contingente e dependente da pluralidade. Tal concepção desloca a ideia de poder como atributo individual ou hierárquico e permite analisar as relações entre médicos da atenção primária, secundária e terciária como construções coletivas sustentadas por práticas discursivas, estruturas institucionais e simbolismos de autoridade. Assim, as desigualdades entre níveis de atenção não decorrem exclusivamente de diferenças técnico-científicas, mas de sistemas de reconhecimento que determinam quem está autorizado a falar, decidir e produzir legitimidade ao longo do percurso terapêutico das DCNT (50,51,87,120).

Essa leitura arendtiana do poder dialoga diretamente com a Bioética da Intervenção, proposta por Garrafa e Porto (40), que defende a necessidade de ações

éticas orientadas à redução ativa das desigualdades estruturais, bem como com a Bioética da Proteção, elaborada por Schramm e Kottow (23, 121), que enfatiza a responsabilidade do Estado e das instituições na proteção de sujeitos e coletivos expostos a vulnerabilidades persistentes. Ao aplicar esses referenciais ao campo da saúde, observa-se que as assimetrias entre médicos de diferentes níveis de atenção configuram um problema bioético, na medida em que produzem restrições à autonomia profissional, descontinuidade do cuidado e desigual distribuição de voz e responsabilidade nas redes assistenciais. A perspectiva da Bioética da Proteção permite compreender que médicos da APS, frequentemente inseridos em estruturas menos valorizadas, tornam-se profissionais vulnerabilizados em sistemas fortemente hierarquizados, o que repercute diretamente em sua capacidade de oferecer cuidado integral às DCNT. Já a Bioética da Intervenção chama atenção para a necessidade de enfrentar essas desigualdades por meio de reorganizações institucionais e de práticas que favoreçam o diálogo, a corresponsabilidade e o equilíbrio de poder entre os diferentes níveis assistenciais (20, 87).

A crítica arendtiana às burocracias modernas também contribui para aprofundar a análise dessas relações. Em *Eichmann em Jerusalém*, Arendt (122) descreve como a fragmentação das responsabilidades e a obediência acrítica — características típicas dos sistemas burocráticos — podem conduzir àquilo que denominou de “banalidade do mal”. Embora não haja analogia moral direta entre o contexto histórico analisado por Arendt e o cotidiano dos serviços de saúde, sua reflexão permite compreender mecanismos de desresponsabilização e conformidade que emergem quando médicos se veem compelidos a seguir fluxos assistenciais rigidamente hierarquizados, sem espaço para deliberação coletiva sobre o cuidado. No contexto das redes de atenção às DCNT, essa fragmentação pode resultar em decisões distantes da realidade concreta dos pacientes, na desvalorização do conhecimento produzido na APS e no reforço da autoridade verticalizada da AE (76, 122,123).

A compreensão arendtiana de autoridade oferece, igualmente, importantes ferramentas interpretativas. Para Arendt (120), a autoridade legítima não se baseia na imposição, mas no reconhecimento sustentado pelo diálogo e pela confiança coletiva. Assim, uma autoridade médica que se impõe exclusivamente pela especialização, pelo status institucional ou pela lógica hospitalocêntrica — sem abertura à pluralidade de saberes e à ação conjunta — aproxima-se mais da dominação do que do poder

propriamente dito. Essa distinção é central para compreender as tensões entre níveis de atenção: quando médicos especialistas desconsideram as avaliações realizadas na APS, ou quando médicos de unidades de saúde da família se silenciam diante de uma autoridade percebida como superior, rompe-se a pluralidade necessária para o exercício do poder legítimo no sentido arendtiano (50,51,87,120,122).

Se essas assimetrias já produzem efeitos significativos sobre o trabalho médico na APS, seus impactos tornam-se ainda mais profundos quando considerados sob a perspectiva dos pacientes, que em grande parte se encontram na base da pirâmide social e inseridos em condições que podem ser compreendidas à luz do conceito ampliado de Sul epistêmico. A presente tese parte da compreensão de que, embora os sujeitos vulnerabilizados possam variar conforme o contexto, de modo geral é o paciente quem sofre de forma mais intensa as consequências das desigualdades de poder que atravessam o sistema de saúde, reafirmando a ideia de que, nas estruturas assimétricas, “a corda sempre arrebenta do lado mais fraco” (20,23,121-124).

Essa problemática fica mais robusta, quando relacionada com o conceito de colonialidade do saber, formulado por Quijano (125). A medicina moderna ocidental, especialmente em sua vertente especializada e tecnocêntrica, ocupa frequentemente o topo dessa hierarquia, rebaixando os saberes produzidos na APS, no território e na relação longitudinal com os pacientes. Essa colonialidade epistêmica, quando transposta para as relações entre médicos, contribui para a desqualificação de práticas colaborativas e para a valorização de discursos centrados na especialização hospitalar. A crítica decolonial de Walsh (126) reforça essa análise ao evidenciar como práticas institucionais reproduzem silenciamentos e invisibilizam saberes considerados “não legítimos” pelos padrões biomédicos hegemônicos (125-129).

Ao articular o pensamento de Arendt com a Bioética da Intervenção, a Bioética da Proteção e a crítica da colonialidade, torna-se evidente que as relações de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção não são apenas resultados de arranjos organizacionais, mas expressão de processos históricos, epistêmicos e éticos. A pluralidade – conceito central em Arendt (120) – constitui requisito fundamental para a construção de um cuidado compartilhado, e sua violação compromete a integralidade da atenção às DCNT. Esses referenciais convergem ao reforçar a necessidade de transformar as relações de poder no interior das redes de saúde, de modo a favorecer ambientes orientados pela ação conjunta, pelo diálogo e pela corresponsabilidade (122,124,129).

Desde 2020, a Bioética da Intervenção vem passando por um processo significativo de renovação teórica e prática, impulsionado sobretudo pela pandemia de COVID-19, que expôs de forma dramática as desigualdades sociais em saúde e a vulnerabilidade estrutural de grupos historicamente marginalizados. Trabalhos recentes indicam que a pandemia reposicionou a B.I. como matriz ética central para compreender e enfrentar injustiças estruturais, recolocando no centro do debate os determinantes sociais da saúde, a equidade e o papel do Estado na proteção de coletivos vulnerabilizados. Essa reorientação reafirma o caráter político da BI, não apenas como reflexão teórica, mas como instrumento de intervenção crítica em contextos nos quais desigualdades produzem efeitos éticos concretos, como evidenciado na distribuição desigual de vacinas, na priorização de leitos e no impacto diferenciado da crise sanitária sobre populações pobres, negras e periféricas (124-129).

Outra inflexão importante observada desde 2020 é o fortalecimento do diálogo entre a Bioética da Intervenção e a Bioética da Proteção. Revisões contemporâneas apontam que ambas compartilham a defesa de obrigações éticas direcionadas a grupos vulnerabilizados, enfatizando a responsabilidade institucional e estatal na garantia de condições mínimas de vida, saúde e dignidade. No contexto do SUS, essa aproximação teórica tem implicações diretas para a análise das relações entre níveis de atenção, uma vez que médicos da APS, frequentemente situados nas margens da alocação de recursos e do reconhecimento institucional, podem ser compreendidos como profissionais expostos a vulnerabilidades organizacionais. Retomando a perspectiva da BI, as desigualdades entre médicos generalistas e especialistas não são meramente reflexo de formações técnicas distintas, mas sintomas de estruturas institucionais que distribuem de forma desigual autoridade, legitimidade epistêmica e capacidade de ação (87,119-123).

Nesse mesmo período, outro eixo de renovação da BI refere-se à incorporação mais explícita da crítica à colonialidade do saber como fundamento analítico. Autores do Sul global têm defendido que a bioética, especialmente em sua vertente intervencionista, deve reconhecer as hierarquias epistêmicas que silenciam saberes locais e práticas comunitárias, reproduzindo modelos tecnocráticos e centrados no Norte global. A partir de 2020, essa dimensão decolonial ganhou maior centralidade em estudos que criticam a hegemonia biomédica especializada e defendem a valorização de epistemologias relacionais e territorializadas. As tensões entre médicos

de diferentes níveis de atenção podem, assim, ser compreendidas como expressões de colonialidade epistêmica, na medida em que o saber clínico especializado tende a ser reconhecido como mais legítimo do que o conhecimento produzido na APS, baseado na longitudinalidade, na proximidade com o território e na compreensão ampliada dos determinantes sociais das DCNT (124-126).

A literatura recente também destaca que a pandemia introduziu um novo campo de debate na BI: a chamada “ética de crise”, caracterizada por decisões rápidas e disputas em torno da alocação de recursos em contextos de escassez. Esses debates evidenciam que decisões aparentemente técnicas são atravessadas por relações de poder, critérios de justiça distributiva e desigualdades estruturais. No cotidiano das redes de atenção às DCNT, isso se traduz em situações nas quais médicos da APS se veem subordinados a decisões externas, tomadas por especialistas ou instâncias regulatórias, frequentemente sem participação deliberativa e sem reconhecimento da complexidade clínica e social que caracteriza o cuidado às doenças crônicas. A B.I. pós-2020 argumenta que tais dinâmicas não são neutras: as hierarquias que regulam quem decide, quem fala e quem é ouvido no percurso terapêutico constituem questões éticas estruturais, pois interferem diretamente na integralidade, na continuidade e na qualidade do cuidado (124-129).

Outro desdobramento relevante no período pós-2020 é a valorização de metodologias deliberativas e participativas como elemento central da Bioética da Intervenção. A literatura recente enfatiza que intervenções éticas efetivas exigem processos coletivos capazes de incorporar diferentes perspectivas profissionais e comunitárias nos processos decisórios. Sob a ótica da B.I. contemporânea, a superação das assimetrias de poder entre níveis de atenção depende da criação de espaços institucionais de diálogo – como comissões interníveis, protocolos colaborativos e rodas clínicas entre APS e atenção especializada – que permitam redistribuir e reconstruir a autoridade médica de maneira plural, em consonância com a concepção arendtiana de poder como ação conjunta. Dessa forma, as contribuições recentes da B.I. reforçam a compreensão de que as relações de poder entre médicos não se restringem a questões organizacionais ou técnicas, mas constituem problemas éticos que atravessam dimensões políticas, epistêmicas e estruturais do sistema de saúde (20,122,126,128).

3.3 RELAÇÕES DE PODER MÉDICO-PACIENTE

A Ciência caracteriza-se, desde seus primórdios com Aristóteles, como um conhecimento que se propõe a ter a capacidade de universalização. Não existe ciência do particular, que seria um conhecimento não aplicável senão ao próprio particular do qual fora extraído. Não há lei que valha somente para um caso; dizemos apenas que um conhecimento é científico quando é válido para um determinado universo em questão e extensível para além do caso estudado, mas já sabemos que não será extensível para todo o universo no sentido absoluto. Essa compreensão sobre a ciência permite problematizar a própria produção do conhecimento científico e seus limites (118,119,124,130).

O mesmo pensamento é válido para as pesquisas que podem ser consideradas científicas, caso sigam critérios formais rigorosos, até nos casos de conflito de interesses. Portanto, nem todos os resultados que a ciência ou a pesquisa mostrem correspondem fielmente à realidade. O que é científico segue normas que, em uma determinada época e contexto, são consideradas científicas, formais, protocolares; mas não quer dizer que seja verdadeiro. Quando a medicina se diz científica, não é bem assim. A medicina utiliza a ciência a seu favor e essa distinção é fundamental para compreender o estatuto da chamada “verdade médica” (50,51,118,131).

Além disso, a “verdade médica” pode e deve ser questionada, baseada no fato de que ela é amparada pela ciência e pela pesquisa que podem ser válidas, porém sem retratar a realidade verdadeira de alguns casos. Acredita-se nisso por ingenuidade, por interesses políticos e/ou por mecanismos defensivos. Outra reflexão é que, por julgar-se científica e entender que é verdadeira, a medicina tende a esquecer que seu ‘objeto’ é um paciente real, concreto, que ultrapassa em complexidade a pluralidade científica e o rigor metodológico das pesquisas. Esse esquecimento do sujeito concreto tem implicações diretas na organização do modelo de atenção à saúde (50,51,131,132).

Apesar das críticas, o modelo de atenção à saúde hegemônico no Brasil, nos dias atuais, é centrado na medicina, na figura do médico. Ele seria o “detentor” de um conhecimento legítimo e predominante sobre a doença, com foco em intervenções, consumo de procedimentos de alta tecnologia e uso excessivo de medicamentos. A crença na Ciência – como toda crença, nada científica – tende a levar o médico a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por

consequente, diante do próprio paciente. Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo. Para compreender a gênese histórica dessa posição de poder, é necessário retomar a medicina em sua formação clássica (50-52,133).

Na antiguidade, a medicina apresentava um aspecto transcendente, revestindo-se de forte caráter sagrado. A profissão médica seria guiada por uma ética que se expressava pelo sentido religioso do juramento hipocrático, onde o médico deve agir sempre buscando o bem-estar do paciente. A relação médico-paciente afigurava-se primorosa, era solene e ocupava o ponto central da cena. Consistia na afirmação de que, se o médico tem como função agir sempre para o bem do paciente, então o que ele prescrevia não necessitava de outras confirmações, nem sequer do consentimento daquele que necessitava dos cuidados médicos. Esse fundamento ético inaugura um modelo específico de relação médico-paciente (134,135).

O pensamento hipocrático deu fundamento ao que se denomina de paternalismo médico. É o que Robert Veatch (134) estabeleceu como o modelo sacerdotal da relação médico-paciente, e Emanuel & Emanuel (135) o chamaram de modelo paternalístico, onde a decisão tomada pelo médico, em nome da beneficência, não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente. Portanto, trata-se de um processo de tomada de decisão baseado numa relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente (palavra cujo significado etimológico vem do latim *patientem*: o que sofre, o que padece). Em função do modelo sacerdotal e de uma compreensão equivocada da origem da palavra paciente, este último termo passou a ser utilizado com conotação de passividade, ao mesmo tempo em que indica aquele que sabe esperar, sem pressa, o curso dos acontecimentos (50,51).

Segundo a “verdade científica”, o médico passa a ser um guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente que, por ter “pecado”, perde todos os seus direitos e deve ter seu defeito corrigido por aquele que supostamente ‘sabe’ a verdade sobre o corpo do paciente. Esse poder médico assume contornos ainda mais complexos em contextos de cuidado prolongado (50,51,131).

Esta relação de poder fica ainda mais complexa quando colocamos no contexto do SUS e das DCNTs que não têm cura, mas sim cuidado com responsabilidade compartilhada. Porém, como se compartilha algo que só eu sei fazer? Ditando o passo a passo. Esse livro de regras para a atenção às DCNTs é um fator muito importante

para a não adesão ao tratamento, por não estar dentro do contexto real do paciente. Estes, já excluídos politicamente e socialmente, além de não terem o poder financeiro nem educacional, não partilham da mesma realidade de vida do médico. Estes pacientes tendem a ver seus direitos de autonomia desrespeitados por não serem vistos como autônomos, mesmo quando não estão na condição de pacientes, parecendo assim duplamente inferiorizados perante a onipotência médica e sócio-cultural. O poder médico também se articula a interesses econômicos e mercantis (20, 70,87).

Outra reflexão do poder do médico é acerca do seu caráter positivista, organicista e cientificista como reflexo dos interesses financeiros mundiais, que impõem uma medicalização da vida para fins financeiros. Lucra-se com a venda de remédios, fármacos, drogas, aparelhos de biotecnologia e fórmulas mágicas que trazem a melhora do quadro milagrosamente. A saúde torna-se um comércio como outro qualquer, tornando-se um instrumento de poder que lucra com a devoção à causa e garante recompensas financeiras (salários ou ganhos importantes), status e uma imagem social elevada. Essa lógica mercantil da saúde foi amplamente problematizada por autores críticos (50-52,136).

Foucault (50,51) é um dos autores a denunciar o poder médico e a medicalização da vida e da cultura em geral. Esta medicalização se difunde pela mídia e se vale da “cientificidade” para persuadir o público consumidor. A partir deste ‘ideal de saúde’, propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, deve ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior e insuportável da perfeição colimada, devendo ser ‘corrigida’ (50-52).

Esse processo de poder médico é histórico e data do século XVIII (momento de desenvolvimento da economia capitalista e de expansão das relações de mercado), com o nascimento da medicina moderna e da higiene, iniciando a intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos. Outros autores aprofundam essa crítica à medicalização (50,51,137,138).

Ivan Illich (52) descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, criticando a sociedade industrial e as tecnologias médicas. Ele relata a ameaça à saúde provocada pela medicina moderna, com a perda da autonomia das

peessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. Foucault por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo poder médico, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna não se tornou individual, mas sim apresentou-se como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade (50-52).

Primeiram ente, o investimento era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar. Ele afirmou que os doentes tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, e, por conseguinte, sua autonomia. A teoria da soberania relaciona-se com o poder sobre o homem baseado em uma das características principais que é o direito de morrer e deixar viver. A partir do século XIX, surge um novo direito/poder que provoca uma grande transformação no direito político: o poder de “fazer” viver e “deixar” morrer, característica da biopolítica. Como se pode ver em Conrad & Schneider (136), a questão fundamental dos principais trabalhos sobre a medicalização era mostrar como determinados comportamentos que até então eram considerados imorais passaram a ser definidos como médicos. Tal processo foi trabalhado por Foucault em suas primeiras análises da noção de biopoder, em que aborda o desenvolvimento da prática política da higiene social como promessa de eliminação da delinquência e das doenças físicas e morais (50-52,138,139).

Após a discussão sobre poder médico, medicalização e biopoder, torna-se necessário aprofundar a análise da autonomia e das formas contemporâneas de relação médico-paciente. Para Pedrosa (140), o surgimento do biopoder contribuiu para reforçar a atitude paternalista do médico em sua relação com o paciente, tendo em vista a importância atribuída ao médico não apenas no que se refere à cura das doenças, mas à própria organização social. Segundo a autora, o médico, na qualidade de titular de um conhecimento técnico especializado, costuma optar por não fornecer as informações indispensáveis aos pacientes por entender que sua formação lhe permite decidir sozinho. Nesse contexto cultural do poder do conhecimento técnico-

científico e de crise ética da modernidade, faz-se necessário o desenvolvimento de uma ética da alteridade como critério valorativo capaz de pautar a relação médico-paciente, de modo a garantir o respeito à autonomia e afastar condutas marcadas pelo paternalismo médico. Esse debate conduz à análise das transformações históricas nos modelos de relação médico-paciente (50-52,140,141).

A mudança de chave no protagonismo do paciente ocorre quando ele passa a se denominar cliente e a poder pagar por serviços médicos contratados. A influência das relações mercantilistas e a dominação capitalista do final do século XIX e século XX estabelecem nova forma de relacionamento médico-paciente que passa a se estabelecer numa escala de manutenção da autoridade do médico, porém com transferência do poder para o paciente/cliente. O médico assume o papel de repassador de informações/divulgador do conhecimento científico e o paciente é visto como um cliente que demanda uma prestação de serviços. Trata-se de um processo de tomada de decisão de baixo envolvimento, que se caracteriza mais pela atitude de acomodação do médico do que pela dominação ou imposição do paciente. Em contraposição a esse modelo, desenvolvem-se propostas baseadas na integralidade do cuidado (52,135).

Contrapondo-se a esse passado, a saúde deverá ser pensada e praticada em sua integralidade, inclusive para os médicos ainda na graduação. Oferecer aos futuros médicos uma formação em que as disciplinas que foquem nos aspectos psíquicos e sociais dos processos de saúde e doença sejam mais numerosas e não sejam estigmatizadas como dispensáveis e não-verdadeiras. A hierarquia válida e necessária seria a de função, na qual o médico tem o poder e dever de tratar o outro naquele momento, naquela situação terapêutica (e não 'em si'), relacionando-se humanamente de igual para igual com seu paciente, pois não sabe mais dele que ele próprio (132,142).

O profissional estudou para prestar um serviço, e por isso é preciso que haja um entendimento entre as partes e confiança, porém sem absolutismo. Afinal, o médico não é onipotente e está naquela posição, momentânea, esforçando-se para obter sucesso, dando o melhor de si e utilizando a favor de ambos seu aparato técnico. O médico deveria abrir mão da fantasia de semi-deus infalível, para conquistar a potência possível, efetiva e humana, de apoiar, com sua técnica e sua arte, outro ser humano num momento de debilidade. O reconhecimento da autonomia emerge como eixo estruturante dessa nova relação (131,133,135).

Com o processo de evolução da sociedade e a formulação dos direitos do homem, desenvolvem-se os princípios da autonomia e do liberalismo ético que resultaram no sentido antipaternalista da relação médico-paciente, sem anular o princípio de benefício. Surge a necessidade de obtenção do consentimento informado, antes de se realizar qualquer procedimento médico. Observa-se que o médico preserva a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente também participa ativamente no processo de tomada de decisões, exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais (135,143).

A relação médico-paciente perpassa pelos princípios citados na década de 1970, na corrente do principialismo por meio de Van Potter, em uma abordagem que se tornou clássica ao estabelecer os princípios que buscam elucidar e encontrar a solução dos dilemas éticos na saúde: justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência. Outros estudiosos utilizam esses princípios para conceituar modelos de relação médico-paciente, baseados na proposta de Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown/EUA, em 1972, que seriam os modelos: sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista (19,137,145).

O modelo sacerdotal, baseado na tradição hipocrática, assume uma postura paternalista com relação ao paciente que em nome da beneficência, a decisão tomada pelo médico não considera a vontade do paciente. Dessa maneira, o processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento, baseando-se em uma relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente. No modelo engenheiro o poder de decisão pertence ao paciente, com o médico prestando as informações e o paciente assumiria o poder de decisão. É também um modelo de tomada de decisão de baixo envolvimento, em que o médico se colocaria numa posição de acomodação e haveria a dominação por parte do paciente (134,135).

No modelo colegial, a tomada de decisão é compartilhada pelo médico e pelo paciente e no modelo contratualista, o médico manteria sua autoridade, preservando seus conhecimentos e se responsabilizando pela tomada de decisão. O paciente, por sua vez, também participaria, fazendo valer suas crenças e desejos, de acordo com seus valores morais e pessoais. O processo de tomada de decisão seria objeto de uma verdadeira troca de informações e a tomada de decisão poderia ser de médio ou alto envolvimento, dependendo do compromisso estabelecido entre o médico e o paciente. Em 1992, foi apresentada uma atualização e por esta, o modelo sacerdotal

seria denominado de paternalístico e o modelo do engenheiro seria chamado de informativo. Subdividem o modelo contratualista em dois outros: interpretativo (médio envolvimento) e deliberativo (alto envolvimento), considerando o grau de autonomia do paciente. Ainda comentam a possibilidade da existência de um quinto modelo que seria chamado de instrumental, onde o paciente seria utilizado pelo médico apenas como um meio para atingir outra finalidade, citando como exemplo a utilização abusiva de pacientes (134,135).

O reconhecimento da autonomia, entretanto, não elimina a vulnerabilidade. Ou seja, o adulto ainda que, sem limitações de natureza psíquica e/ou mental e, portanto, no gozo pleno de sua capacidade civil, pode ter sua autonomia reduzida em decorrência da vulnerabilidade à qual ele está exposto. Essa vulnerabilidade reduz a habilidade da pessoa para a tomada de decisões concernentes à sua vida e saúde, porém a redução de autonomia varia de pessoa para pessoa. Dito de outro modo, a vivência que cada pessoa tem em razão do impacto de uma doença é permeada pela sua visão personalíssima de quem se é, de como a patologia afeta sua vida, qual sua rede de apoio etc. (133,144).

Uma alternativa para isso é a escrita das diretivas antecipadas de vontade do interditando, nos termos da Resolução CFM n.º 1.995/2012 que trata sobre o tema, reverenciando assim a autonomia do paciente naquilo em que pode ele se autodeterminar (146). O consentimento informado passa, então, a ocupar lugar central. A exigência do consentimento como expressão da autonomia pessoal do enfermo, reconhecida no final do século passado como qualidade que integra o ser humano, submeteu o médico à observação da anuência do seu cliente. Procedimentos para preservar a integridade física ou a vida de outrem podem, via de regra, ser punidos como crimes exatamente em razão da violação da autonomia. A tendência em enfatizar a autonomia e o consentimento, sem dúvida, prestigia o indivíduo que, ao menos no plano teórico, teria condições de decidir sobre o tratamento que deseja que lhe seja dispensado, ou mesmo, se prefere não ser submetido a qualquer tratamento. A rede global de sistemas de computadores, por seu lado, ampliou de tal forma a qualidade e quantidade de informações, que proporcionou ao paciente notícias atualizadas sobre seus males (19,134,146).

Tal fato, desestabilizou a autoridade do médico que se presumia ancorada, de um lado, sobre os conhecimentos que ele detinha e, de outro, sobre a ignorância do enfermo. Dotado de informações suficientes, o paciente não quer mais apenas

escutar, ele espera ser ouvido e menos ser informado. Esse cenário contemporâneo tensiona ainda mais a prática médica (133).

Hoje, devido ao crescente avanço tecnológico e científico, o médico assume um lugar comum na sociedade à espera de rostos anônimos. Muitas vezes, ele próprio é um desconhecido, cuja relação com o paciente é intermediada por instituições hospitalares e planos de saúde. O semideus de branco torna-se um normal prestador de serviço que pode ser levado diante do magistrado. É preciso que lembremos da ideia de que ser livre é ter seu livre arbítrio, ter direito de escolha. Essa ideia de liberdade, tem sua compreensão ampliada pela autonomia que é se fazer aquilo que se deseja, independentemente dos resultados, conquanto esses não alcancem terceiros, como se isto fosse possível já que a sociedade sempre suporta o peso das decisões de seus membros (145,147).

A autonomia também pode ser vista como um conjunto adquirido de capacidades para conduzir a própria vida e dirigir-se livremente por caminhos independentes no decorrer da existência. Propõem, assim, uma teoria da autonomia que fuja ao viés puramente individualista, como pretendia Kant, e presente nas concepções liberais, destacando que a autonomia implica reconhecimento recíproco em relações de respeito, cuidado e estima que possam permitir a autoestima e livre desenvolvimento do outro. Pessoas socialmente vulnerabilizadas não conseguem exercer suas capacidades (148-150).

O paciente foi, durante muito tempo, o ser frágil que se entregava ao médico incondicionalmente à espera de ser tratado. Transformou-se, ou pretende se transformar em sujeito da relação, buscando nela alguma simetria. Para a existência dessa simetria, a consideração da autonomia é indispensável. Nem o abandono à solidão da autonomia, nem o paternalismo coercitivo podem representar, em termos absolutos, liberdade ou cuidado. É preciso, como dizem Pellegrino & Thomasma (53), compreender que é possível reunir a beneficência e a autonomia numa atitude que designam de “beneficência em confiança”. Ou seja, observar a capacidade de decisão da pessoa, sem que isso implique em deixá-la entregue a sua escolha. Nesse ambiente, a excessiva formalização da relação pelo Direito pode inibir soluções de aproximação pessoal e de cuidado natural (53,150).

A beneficência, etimologicamente, bene-facere, significa fazer o bem. Como na ética não é suficiente fazer o bem, é preciso também se preocupar com o outro e, compartilhar do seu sofrimento, isso introduz a noção de benevolência, termo que

evoca o cuidado fraterno. A beneficência não seria caritativa, ou da ordem da bondade, mas do dever. A beneficência significa aplicar os recursos da medicina para curar, aliviar os sofrimentos e melhorar o bem estar. É ao mesmo tempo, um dever, uma virtude, um princípio, um valor. A beneficência assume um caráter de reflexão bioética quando adquire características de prestação de benefícios ao paciente, considerando algumas regras de aplicação, respeitando a autonomia do paciente e essa aplicação de regras importa em distinguir a beneficência geral e obrigatória da beneficência específica (19,53).

Também podemos distinguir as regras da beneficência das regras da não-maleficência porque estas representam proibições peremptórias e que podem servir para formular modos de agir. Não provocar, ou não contribuir para o que entendemos moralmente como mal, é sempre possível. Assim, somos obrigados a agir de modo a não provocar danos aos outros ou a nós mesmos. Para todos, devemos agir sempre sob o princípio da não-maleficência, ou seja, não devemos infligir males ou danos. Para além dos princípios, impõem-se normas profissionais (53,151).

Para além dos princípios da bioética, existe o Código de Ética Médica (CEM), de natureza tradicional deontológica, revisado recentemente e que teve como referência a bioética principialista estadunidense, insuficiente para responder aos macroproblemas em saúde dos países periféricos ou em desenvolvimento. Outros formatos, contudo, são possíveis levando em consideração fundamentos pluralistas propostos por autores e grupos acadêmicos da América Latina. Uma profissão na área da saúde, no sentido mais restrito da ética profissional, deve ter dispositivos que garantam formalmente que os candidatos adquiriram conhecimento e perícia necessários, a serem usados moralmente para beneficiar os pacientes (136,137,152).

O sucesso da medicina esteve, por anos, associado ao poder que a profissão tinha de promover a dependência do paciente/cliente em relação ao conhecimento e à competência do médico. Enquanto nos códigos deontológicos da área, inclusive o médico, o objeto do trabalho é o corpo doente, o corpo sadio também é objeto das práticas em saúde, incorporando medidas de prevenção e promoção de saúde. A redefinição do objeto do trabalho médico como o processo saúde-doença propõe considerar essa unidade indissociável (60,61,131,153).

A humanidade tem testemunhado diferentes versões de regras, normas e códigos regulamentadores da profissão médica ao longo de uma história que data do início da era cristã, quando as primeiras regras deontológicas médicas surgem,

mantendo a influência religiosa na formulação até hoje. Inicialmente na forma de juramentos e invocações, sob a influência do juramento de Hipócrates, foi somente no século XVI que a Royal College of Physician of London modificou a denominação de “Código penal para médicos” para “Código de ética” (141-144).

A influência da ética hipocrática paternalista, baseada no princípio da beneficência vertical ou impositiva, permaneceu hegemônica até recentemente, na gestão do corpo que só podia ser realizada por alguém qualificado. Esse modelo sobreviveu na cultura ocidental, dominante em relações sociais e políticas, quando súditos apenas obedeciam sem qualquer poder de intervenção no governo e na gestão pública. Durou até o século XVI, quando, com o advento da Reforma Protestante, reconheceram-se as diferenças de valores e crenças para o convívio social, fundando-se o princípio da tolerância e o conceito de liberdade de consciência. No século XVII, materializa-se a elaboração dos direitos humanos básicos, o que pressupõe, de certo modo, o reconhecimento da autonomia para os indivíduos gerirem sua vida. Ou seja, a medicina não foi atingida e médicos continuaram a decidir em nome dos pacientes, mantendo a postura paternalista até a metade do século XX. Esse modelo é denominado “monárquico” ou “vertical”. Em 1803, Thomas Percival usou a expressão “ética médica” na obra “Medical ethics: a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons”, sendo a ele atribuída a elaboração do primeiro código de ética médica, que influenciaria modelos ainda na atualidade(19,154-156).

No início do século XX, ocorre a transição para o modelo oligárquico de decisão compartilhada entre profissionais sem a renúncia da relação vertical com o paciente. Posteriormente, nas últimas décadas daquele século, ocorre a horizontalidade da clínica, com a inclusão do paciente na tomada de decisões e a superação do paternalismo. Nesse momento surgem, então, o código de direito dos doentes, o consentimento informado, o direito à escolha, à informação, à recusa ao tratamento, à educação em saúde e à qualidade dos serviços. No final do século XX, nasce a bioética, influenciando fortemente a elaboração dos novos códigos de ética em todo o mundo, ainda que limitados pela orientação principialista anglo-saxônica. Hoje, mais do que mudança epistêmica, é necessária mudança política para uma ética que formule os direitos dos não médicos, em especial dos doentes e dos grupos e comunidades vulneradas (155-157).

3.4 O PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO

O capital simbólico e o capital econômico são conceitos centrais da sociologia bourdieusiana, sendo fundamentais para compreender as relações de poder e a estratificação social em contextos institucionais diversos. O capital econômico refere-se à riqueza material acumulada, enquanto o capital simbólico diz respeito ao reconhecimento, prestígio e legitimação social que um indivíduo ou grupo detém. Quando articulados com o capital cultural e o capital social, esses capitais conferem vantagens sociais significativas, consolidando posições hierárquicas privilegiadas, especialmente em campos como o educacional, o jurídico e o médico (158-160).

No campo da medicina, observa-se que determinadas especialidades acumulam mais capital simbólico do que outras. As especialidades que cuidam de crianças e mulheres, como a pediatria e a ginecologia, estão entre as menos valorizadas simbolicamente. Em contrapartida, a figura do cirurgião é frequentemente exaltada como heróica, principalmente quando atua em situações de risco vital. Nesse contexto, o cirurgião encarna o papel de salvador, sendo socialmente admirado e objeto de inveja entre os colegas. Tal valorização é visível tanto nos discursos sociais quanto na alocação de recursos e reconhecimento profissional dentro dos hospitais, como demonstram rankings salariais e preferência por cargos de chefia ocupados por cirurgiões (158-160).

As escolhas profissionais e de especialidade na medicina estão sujeitas a diversas influências de ordem cultural, social e psíquica, muitas vezes derivadas da história familiar. A origem social dos futuros profissionais, seu capital simbólico herdado e os recursos econômicos disponíveis moldam essas escolhas. Estudos indicam que, entre os estudantes de medicina, uma proporção significativa possui ascendência de imigrantes e pertence à posição de primogênito, revelando que a escolha da medicina pode ser compreendida como uma estratégia familiar de ascensão social através da obtenção de um diploma de prestígio. Em contextos de mobilidade social, como no Brasil do século XX, a formação médica funcionou como um dos principais canais de reconhecimento e status para famílias de origem operária ou migrante (158-160).

Essas influências se manifestam nas práticas cotidianas, moldando as representações sociais da figura do médico, da tarefa médica e da relação com a doença e o doente. Tais práticas perpetuam hierarquias internas à profissão e

produzem desigualdades no reconhecimento de especialidades e profissionais. Por exemplo, em hospitais universitários, é comum que a cirurgia e a ortopedia recebam maior visibilidade e recursos em detrimento de áreas como medicina de família ou saúde coletiva (158-160).

No âmbito dos serviços de saúde, os conflitos nas equipes multiprofissionais têm sido objeto de diversos estudos, especialmente no que tange à relação entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A literatura especializada aponta que os conflitos intragrupais são fontes significativas de estresse ocupacional, comprometendo o desempenho e a qualidade do cuidado (159-162).

Conflitos de tarefa, que envolvem discordâncias sobre procedimentos, ideais ou objetivos de trabalho, podem ser funcionais quando geram debate construtivo e soluções criativas. No entanto, quando se intensificam ou se confundem com conflitos de relacionamento, tornam-se disfuncionais. Os conflitos de relacionamento, por sua vez, envolvem aspectos interpessoais como tensão, hostilidade e ressentimento, afetando negativamente a coesão da equipe. Em uma maternidade pública, por exemplo, conflitos entre obstetras e enfermeiras obstétricas sobre autonomia e protocolos ilustram como a sobreposição de competências pode agravar tensões quando não há mediação adequada (160,161).

Estudos brasileiros demonstram que a percepção de poder coercitivo por parte de médicos contribui diretamente para o aumento do estresse dentro das equipes multiprofissionais em saúde. Em contrapartida, formas de poder baseadas na recompensa ou na perícia têm potencial de reduzir o estresse, ao favorecer relações mais colaborativas e baseadas em respeito mútuo. Em unidades básicas de saúde, estratégias como reuniões semanais com gestão participativa têm se mostrado eficazes para reduzir tensões e promover o diálogo horizontal (163).

Tais evidências remetem à necessidade de uma revisão das bases de poder nos ambientes hospitalares, com a proposição de modelos mais horizontais e democráticos de gestão e cuidado. A construção de relações interprofissionais saudáveis está vinculada à valorização da escuta, da coautoria e do compartilhamento de saberes. A institucionalização de protocolos de mediação de conflitos e a formação continuada em habilidades relacionais são caminhos possíveis para mitigar os efeitos negativos da hierarquia rígida, porém o passo inicial é admitir que existem esses conflitos e enfrentá-los (161-163).

Para isso é necessário investigar esses conflitos, porém, como já foi dito neste trabalho, é um tema pouco presente na literatura. Por isso, deve-se haver uma mudança de paradigma: a ideia de neutralidade do pesquisador vem sendo amplamente questionada. É fundamental que o pesquisador reconheça seu lugar de fala e assuma, de forma transparente, que toda produção científica é atravessada por dimensões subjetivas, históricas e sociais. Tal postura é considerada uma exigência ética para a validade do conhecimento produzido. Ao incorporar relatos de campo, narrativas dos participantes e análise crítica do contexto, a pesquisa em saúde se aproxima das vivências reais e promove uma ciência comprometida com a transformação social. Com isso vem o questionamento: por que essa temática não está sendo amplamente discutida no mundo acadêmico? Quais forças não queremos mexer e preferimos deixar no limbo acadêmico? Os egos de quem ficam em jogo quando discutimos os conflitos entre os próprios “medeuses” (junção de médicos com deuses)? Por que essa distinção dentro de uma mesma categoria profissional? (163)

Para umas perguntas, são necessárias algumas reflexões. Existem as limitações metodológicas da literatura que são: predomínio de estudos qualitativos de pequena escala, carência de indicadores padronizados para medir “poder médico” entre níveis, escassez de estudos longitudinais que acompanhem reformas ou intervenções institucionais e falta de análises comparativas internacionais que controlem por arranjos institucionais, culturais e econômicos. Para outras, serão necessárias outras pesquisas que revirem os egos “CRMicos” (161,163).

Dentro da literatura que aborda o tema, existe uma distinção importante entre o “trabalho morto” – relacionado ao uso de tecnologias duras e protocolos standardizados – e o “trabalho vivo”, que se refere às ações criativas, relacionais e singulares presentes no ato de cuidar. Para os autores, é no trabalho vivo que reside a potência do cuidado em saúde, sendo fundamental para a efetivação da integralidade. A escuta ativa, o acolhimento, a construção de vínculos e a negociação de planos terapêuticos são exemplos concretos de como o trabalho vivo pode reconfigurar positivamente o cotidiano dos serviços. Esses exemplos estão ou pelo menos, deveriam estar, bem presentes na realidade da APS diferente do contexto hospitalocêntrico que tem um maior “trabalho morto” (132).

O trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado são conceitos presentes em toda a estrutura do SUS mas na prática, ainda persiste a centralidade do modelo biomédico, marcado pela hegemonia do saber médico, pelo

uso intensivo de tecnologias e pelo consumo elevado de medicamentos, com valorização da atenção especializada. Essa realidade é particularmente visível em grandes centros urbanos, onde o tempo reduzido de consulta e a lógica de produtividade dificultam práticas de escuta e cuidado ampliado (87,132).

Promover mudanças efetivas nesse contexto exige não apenas reformulações institucionais, mas também transformações na formação dos profissionais de saúde. É necessário fomentar uma cultura do cuidado que reconheça a importância das relações humanas, da escuta ativa e da corresponsabilização nos processos de produção do cuidado. A inserção de disciplinas como humanização, ética do cuidado e saúde coletiva nos currículos da graduação em saúde é um passo fundamental para essa transformação (132,164,165).

Alguns trabalhos(14-18) já nos mostraram que a falta de confiança entre profissionais de diferentes níveis é um dos principais obstáculos para a quebra da integralidade do cuidado. Estudos já mostraram e este estudo já trouxe que a fragmentação da rede pode ocorrer por dificuldades de comunicação entre os provedores de saúde e essa falta de comunicação ocorre, um dos motivos, é pela falta de confiança entre eles. Por exemplo, um especialista que não faz a contrarreferência para o médico da APS de uma paciente portador de diabetes mellitus porque tem medo que seu colega não consiga manter o paciente compensado ou não saiba lidar com as consequências e desfechos naturais daquela doença. Essa desconfiança faz que aquele especialista da AE não coloque o paciente de volta na rede para o seu real responsável clínico (o médico da USF de referência daquela pessoa) (70,76,77).

Com isso, ele sobrecarrega a própria agenda, aumentando a fila de espera, diminuindo a resolutividade da rede e pior, colocando no imaginário do paciente que aquele profissional que está na USF não tem competência de lidar com o caso dele. Aquele cidadão passa a ser “propriedade” do médico da AE e propagador para os comunitários a sua volta da premissa que somente o profissional da atenção especializada é que consegue lidar com pacientes diabéticos e isso causa uma cascata de pedido de encaminhamento, não seguimento da consulta e das condutas prescritas pelo MFC e a manutenção de um paradigma que supervaloriza egos já inflados e traz rupturas dentro de uma rede que deveria funcionar em formato de círculo, sem barreiras e sem muros (70,75,77,87).

Artigos nacionais e internacionais sobre o poder entre médicos de diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) revelam que essas relações são

historicamente construídas e impregnadas de assimetrias de autoridade, prestígio simbólico e controle institucional. Desde o surgimento da medicina como profissão autônoma, com jurisdição sobre diagnóstico, tratamento e educação clínica, especialistas médicos conquistaram capital técnico e simbólico que frequentemente confere maior poder decisório e autonomia institucional em comparação com médicos generalistas (55,158-160).

A própria construção do SUS trouxe isso à tona ao colocar na função de médico da APS, historicamente, profissionais recém - formados, aposentados ou no jugo popular, no final de carreira. Esses atores tendem a ter menos conhecimento técnico, não terem tido a formação médica de trabalho multiprofissional e com os princípios e diretrizes do SUS e até mesmo, se importar pouco com o cuidado em saúde do paciente haja vista sua formação e atuação antiquada realizada antes da construção do sistema. Esses eram os perfis de profissionais que trabalhavam na APS devido aos salários fornecidos, as localidades de atuação profissionais, baixas exigências curriculares para ocupar a vaga e as condições precárias de trabalho. Até os dias atuais, esse perfil de médicos que trabalham na APS ainda vive no imaginário da população e até de alguns profissionais e estudantes da saúde (72,94).

A própria construção da RAS com o antigo desenho piramidal gera um ideal de menor importância para a APS na base do sistema, como algo simples, básico, menos importante e colocando a atenção terciária no ápice da pirâmide num papel de maior importância e notoriedade, reforçando ainda mais o paradigma existente. Autores como Freidson descrevem essa dominação profissional nos sistemas de saúde, mostrando como especializações médicas dos níveis secundários e terciários tendem a monopolizar competências técnicas enquanto clínicos gerais ou médicos da APS enfrentam marginalização institucional e simbólica (82,83). Bourdieu aprofunda essa análise ao evidenciar como prestígio, capital cultural e autoridade discursiva favorecem médicos de contextos altamente tecnicizados (hospitais, centros de referência) em detrimento daqueles atuantes em contextos comunitários ou da APS (55,70,76,160).

As noções de biopoder (50,51) e medicalização (52) explicam vetores macro-estruturais que amplificam as desigualdades entre médicos de diferentes níveis. O biopoder manifesta-se por meio de instituições de saúde, regulação, políticas públicas e normas profissionais que legitimam práticas e saberes populares, enquanto a medicalização da vida remonta características da prática médica para as doenças,

aumentando o papel da tecnologia e da especialização e reforçando a demanda por intervenções médicas. Estudos empíricos em contextos internacionais mostram que médicos de APS enfrentam desafios ao decidir sobre referências, devido a incertezas clínicas, falta de reconhecimento de sua autoridade, demora no acesso ao especialista ou à tecnologia, enquanto especialistas de outros níveis de atenção exercem autonomia maior em domínios técnicos, acesso a recursos e influência em protocolos institucionais. Em sistemas com fortes mecanismos de articulação na rede (formulário de referência e contrarreferência, resumos de alta hospital institucionalizados) e APS coordenadora, médicos que atuam no primeiro nível mantêm relativo poder na coordenação do cuidado (70,76,87,160,161).

No Brasil, embora o SUS preveja hierarquização, regionalização da atenção e o papel da APS como coordenadora do cuidado, persistem tensões marcantes entre médicos de diferentes níveis. A literatura nacional identifica que médicos APS têm poder limitado: enfrentam déficit de especialistas para encaminhamento em certas redes, infraestrutura inadequada, falta de recursos diagnósticos, e reconhecimento profissional menor. O Programa como o Mais Médicos surgiu como intervenção institucional para reforçar a APS, com efeitos de rápida expansão de cobertura, melhoria na integralidade e humanização do atendimento, redução de hospitalizações por condições sensíveis à APS, embora com variações locais e críticas quanto à sustentabilidade e impacto em desfechos maiores de saúde. Também há forte evidência do peso político da corporação médica na regulação profissional, na educação médica e na alocação de recursos, mostrando que as relações de poder ultrapassam o ambiente clínico e influenciam decisões de política de saúde, regulação e formação (72,94,166).

Comparações entre estudos indicam que o poder médico é multidimensional: envolve autoridade epistêmica (quem define o conhecimento válido), poder institucional (quem controla recursos, definindo protocolos e tecnologia), poder simbólico (prestígio, reconhecimento social) e poder político (influência em regulação, formulação de normas e políticas públicas). Modelos normativos – sacerdotal/paternalista, engenheiro/informativo, colegial e contratualista/interpretativo-deliberativo – ajudam a mapear como essas relações variam não apenas de acordo com o estilo de relação médico-paciente, mas também conforme o nível de atenção em que o médico atua. Médicos de níveis terciários tendem a operar em modelos que privilegiam autoridade técnica e autonomia, enquanto médicos de APS tendem a se

situar em modelos mais informativos ou colegiais, embora frequentemente esbarrando em limitações estruturais e institucionais (55,134,135).

Estudos em contextos onde há estrutura institucional robusta – financiamento adequado, incentivos regulatórios, formação médica valorizada, mecanismos de comunicação eficazes entre níveis de atenção – apontam para relações de poder menos assimétricas entre médicos de diferentes níveis. Por outro lado, em sistemas de saúde fragilizados institucionalmente ou sob forte influência mercantil, o poder se concentra nos níveis secundário e terciário ou no setor privado (87,167).

No SUS, a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção dificulta a comunicação e a colaboração entre os profissionais, criando barreiras para o encaminhamento adequado dos pacientes e para a continuidade do cuidado. Essa fragmentação decorre, em grande parte, de políticas públicas que não promovem a articulação entre os serviços, resultando em um atendimento descoordenado e ineficiente, com repercussões diretas na segurança, na efetividade e na qualidade do cuidado oferecido ao paciente. A estrutura hierárquica do sistema, associada à cultura profissional, reforça desigualdades e favorece rivalidades entre médicos de diferentes níveis de atenção, tornando a coordenação do cuidado um desafio constante (87,96).

Médicos formados em ambientes hospitalares de alta complexidade tendem a desenvolver uma visão centrada na doença e na intervenção técnica, enquanto profissionais da APS tendem a adotar uma perspectiva mais preventiva e holística, focada no indivíduo e em seu contexto social. Essa diferença de enfoque gera conflitos de valores e práticas, que podem minar a colaboração entre equipes, criando lacunas no acompanhamento do paciente e dificultando a implementação de estratégias de cuidado integral. Tais disputas de poder refletem-se diretamente na experiência do paciente: diagnósticos tardios, encaminhamentos redundantes, duplicidade de exames, atrasos no tratamento e decisões conflitantes entre profissionais aumentam os riscos clínicos e comprometem a segurança do cuidado (87,96).

Além dos impactos clínicos, essas tensões influenciam a autonomia e a participação do paciente. Médicos da atenção secundária e terciária podem desconsiderar avaliações e recomendações da APS, desvalorizando o conhecimento do paciente sobre seu próprio corpo e contexto de vida, reduzindo sua capacidade de decisão e limitando a tomada de decisão compartilhada. O paciente, portanto, passa a ocupar um papel passivo, como mero executor das ordens médicas, em contraste

com os princípios contemporâneos de bioética que valorizam autonomia, beneficência e justiça (19,135).

Do ponto de vista psicológico e social, a percepção de conflito entre médicos pode gerar frustração, ansiedade e insegurança no paciente, reduzindo a adesão ao tratamento e afetando negativamente os desfechos clínicos. Além disso, a fragmentação do cuidado tende a reforçar desigualdades sociais, pois pacientes com menor escolaridade ou menor poder aquisitivo apresentam mais dificuldade para navegar pelo sistema e questionar decisões médicas, perpetuando ciclos de exclusão e vulnerabilidade (87).

Por isso, a disputa de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção não é apenas uma questão profissional: ela repercute diretamente na saúde, na segurança, na experiência subjetiva e na autonomia do paciente e quando se trata de um portador de DCNT que depende da integração entre níveis para construir um cuidado holístico essas dificuldades ficam maiores, mais comuns e de maior complexidade. Por isso, a disputa de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção não é apenas uma questão profissional: ela repercute diretamente na saúde, na segurança, na experiência subjetiva e na autonomia do paciente e quando se trata de um portador de DCNT que depende da integração entre níveis para construir um cuidado holístico essas dificuldades ficam maiores, mais comuns e de maior complexidade (19,70,76,87).

CAPÍTULO 4 – A HIERARQUIZAÇÃO DOS SABERES MÉDICOS ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO SOB O OLHAR DA COLONIALIDADE DO PODER/SABER

Neste capítulo, sustenta-se que a análise das relações de poder na medicina exige ir além de suas dimensões técnicas e institucionais, incorporando uma leitura histórico-epistemológica ancorada no conceito de colonialidade, tal como formulado por Quijano (34,35,125), Mignolo (36,37) e Walsh (126,168). Argumenta-se que a colonialidade do saber e do poder permanece operando como uma lógica estrutural que hierarquiza conhecimentos, naturaliza o saber biomédico eurocentrado como universal e neutraliza ou subalterniza saberes locais, populares e comunitários, produzindo desigualdades simbólicas e materiais no interior dos sistemas de saúde. No campo médico, essa matriz colonial não apenas atravessa a relação médico-paciente, mas também organiza as disputas intra e interprofissionais, especialmente entre diferentes níveis de atenção, ao reforçar a centralidade dos saberes especializados e hospitalares em detrimento da APS. No contexto do SUS, tais assimetrias revelam como a colonialidade opera de forma invisível, moldando reconhecimento, autoridade e valor do trabalho médico, o que tensiona a integração das redes de atenção e fragiliza a construção de um cuidado integral. Assim, problematizar essas relações à luz da colonialidade torna-se um exercício crítico indispensável para desnaturalizar hierarquias, questionar formas persistentes de dominação e apontar caminhos para um cuidado mais equitativo, emancipatório e efetivamente centrado nos direitos e necessidades das pessoas com condições crônicas.

4.1 COLONIALIDADE DO PODER ENTRE MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO

A medicina como se conhece hoje nasceu de um empreendimento colonial europeu, as missões jesuítas nos territórios coloniais da América Latina. Elas serviam como centros de evangelização e como locais onde práticas médicas europeias eram aplicadas e que frequentemente marginalizaram ou simplesmente erradicaram as modalidades de cura nativas, fazendo com que elas fossem consideradas impuras,

pecadoras e não legítimas de serem colocadas em prática. Fazia imposições não apenas de medicamentos e tratamentos ocidentais, mas também de estilos de vida e, em última instância, o entendimento ou a crença sobre o corpo e a doença, como sendo redutivas e hierárquicas (125,34,168).

Nesse sentido, a medicina era uma das máquinas empregadas para disciplinar e modelar o corpo colonizado com base nos padrões da modernidade ocidental, e não apenas como um vetor técnico-científico instrumental contribuindo para controlar a saúde, mas como um dispositivo político, destinado a regular corpos e subjetividades (45,163).

No Brasil, a Reforma Sanitária Brasileira que surgiu nas décadas de 1970-1980, foi uma crítica ao modelo médico hegemônico centrado no hospital e propôs um sistema público de saúde universal. Formulada na Constituição de 1988, a reforma teve como construção o SUS, sustentado pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Autores como Merhy (132) e Campos (3) destacam que a proposta do SUS significa não apenas uma ampliação do acesso, mas uma intensa transformação nas relações de saber e poder entre os componentes do sistema. No entanto, a estruturação do SUS em níveis de atenção acabou por reproduzir hierarquias simbólicas que refletem a lógica colonial. Com o tipo de reverência dada ao conhecimento especializado, em termos de maior tecnologia, o prestígio das práticas biomédicas hospitalares é mantido, e o valor dos profissionais de APS praticamente não existe. Essa desvalorização revela racismo estrutural e colonialidade, como apontam Carneiro (169) e Breilh (170), ao fazer convergir a precariedade da APS com a histórica exclusão de povos negros e indígenas, ditos periféricos. Portanto, fica muito clara a associação. Se essa saúde cuida de povos periféricos, ela também é periférica e como tal deve se manter à margem.

Como uma mulher negra, essa associação evidencia a manutenção das ordens estabelecidas e paradoxalmente, reforça a necessidade de lutas contra-hegemônicas, inclusive nos serviços de saúde e no meio acadêmico. A ampliação dessa temática dentro da APS, na pauta das gestões locais, como assuntos de educação permanente para usuários e profissionais de todos os níveis de atenção, participação popular para denunciar que o cuidado, a assistência em saúde é realizada por pessoas e se as pessoas não mudarem, não haverá transformação e a atenção à saúde se manterá igual. Pessoalmente, me coloco como membro da academia (docente e pesquisadora) com um papel político claro, já que somente a minha

presença dentro desses ambientes de poder já é resistência e já um movimento de decolonialidade. Porém, a escrita da tese impõe uma obrigação ainda maior, de colocar esse olhar, esses conceitos e essa luta dentro dos corredores das universidades e nas salas de aula na intenção de aumentar o coro e dar força aos oprimidos na busca de uma nova realidade.

A colonialidade, definida como a durabilidade das estruturas de poder desde o colonialismo em diante, está profundamente enraizada nos sistemas de saúde e no conhecimento médico. Ela se manifesta não apenas nos processos de produção e validação do conhecimento biomédico, mas também nas práticas formativas, nos processos de cuidado e nas relações entre usuários/profissionais de saúde e entre os próprios profissionais de saúde. Não é meramente coisa do passado que ocorreu momentaneamente e em termos totalmente imperiais; essas instituições continuam no presente por meio de tecnologias simbólicas, epistemológicas e materiais que envolvem uma certa racionalidade calculista que sustenta uma lógica de dominação racial, epistêmica e ontológica (34,125,126).

De um ponto de vista decolonial, a colonialidade atua sobre a medicina e sobre o SUS ao naturalizar desigualdades, desautorizar saberes e promover assimetrias de poder, sob o pretexto de neutralidade científica e universalidade técnica. Essa colonialidade também é mantida pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela obra "Demografia Médica no Brasil" (171), onde se pode afirmar que mais de 60% dos especialistas estão trabalhando no Sudeste e no Sul, enquanto uma proporção significativa de médicos generalistas se encontra no Norte e no Nordeste. Essa distribuição desigual também reflete e reforça iniquidades históricas e estruturais, atravessadas por raça, classe e lugar, reafirmando e mantendo a colonialidade existente entre médicos, níveis e regiões geográficas vistas como um norte e sul epistemológico (171).

A colonialidade do conhecimento refere-se à construção de um regime epistêmico eurocêntrico específico como universal e superior. A medicina ocidental é institucionalizada como o único conhecimento legítimo do corpo e da saúde, silenciando outras epistemologias, particularmente aquelas das tradições indígenas, africanas e populares, ou seja, periféricas. Essa lógica colonial do conhecimento também atravessa as relações entre os próprios profissionais, com algumas formações e práticas sendo consideradas melhores, eurocêntricas e legítimas, como a atenção especializada, o nível secundário de cuidado, a formação de

superespecialistas e as superespecializações. Outras são relegadas à margem ou à informalidade, o que se relaciona ao primeiro nível de cuidado ou serviços e tudo que tem a ver com ele, como a própria especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Com o surgimento da medicina hospitalar, baseada na observação clínica e na autoridade do médico, essa perspectiva se consolida. Essa autoridade influencia não apenas as formas de praticar medicina, mas também como a educação médica, o pagamento e o prestígio de seus variados ramos são organizados (36,37,50,51).

Inclusive, até a “demora” para o reconhecimento da Medicina de Família e Comunidade como especialização (início das práticas antecede o SUS, mas só foi reconhecida em 1986 pelo CFM e tem vários entraves para se validar como especialista) já é um exemplo claro de colonialidade. A própria literatura que resiste em considerar o médico especializado em Medicina Família e Comunidade (MFC) como especialista e tende a falar que são generalistas (que até o são, mas isso não significa que não especializados nisso) ou médicos do primeiro e os especialistas, sendo que o médico MFC também é outro especialista. Talvez a melhor maneira fosse falar dos especialistas da APS e os do nível secundário (172,88).

Outro ponto relevante, é a não exigência dessa especialidade para realização de concursos públicos, diminuindo o interesse da população médica em se especializar em algo que não é exigido nem na sua própria área de atuação como a oferta de uma mão de obra não especializada para lidar com a vida de milhões de pessoas. Segundo relatório da Comissão Nacional de Residência Médica (2022), existe uma concentração de vagas em áreas de alta complexidade (cirurgia e cardiologia), em detrimento da MFC. Isso agrava o déficit de médicos nos territórios e enfraquece a APS, a base do SUS. Em linguagem colonialista, o centro metropolitano é reproduzido e o cuidado cotidiano é periférico, mais uma vez (104,106).

A perspectiva da interseccionalidade, pode ajudar a entender como esses vários marcadores sociais – raça, classe, gênero, deficiência – são articulados para dar origem às desigualdades discutidas até agora. O racismo e o classismo constituem DSS centrais do processo saúde-doença, ao produzirem e reproduzirem desigualdades materiais, sociais e simbólicas que impactam diretamente a morbimortalidade das populações. Evidências epidemiológicas demonstram que grupos racializados e em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica apresentam maior prevalência de DCNT, piores indicadores de saúde mental e maior

mortalidade precoce, mesmo após controle de fatores comportamentais individuais. O racismo atua tanto de forma direta, por meio da discriminação interpessoal e institucional, quanto indireta, ao limitar o acesso a educação, renda, moradia adequada e serviços de saúde, estando associado ao estresse crônico e a desfechos como hipertensão e doenças cardiovasculares (64,173).

O classismo, por sua vez, estrutura um gradiente social de adoecimento, no qual indivíduos em posições socioeconômicas mais baixas concentram maior exposição a riscos e menor acesso a proteção e cuidado. No contexto brasileiro, a interseção entre racismo e classe intensifica essas iniquidades, expressando-se em piores indicadores de saúde para a população negra, como maior mortalidade materna e dificuldades no manejo de doenças crônicas, evidenciando que tais marcadores sociais não são periféricos, mas determinantes fundamentais das condições de saúde. A interseccionalidade atesta que a colonialidade funciona simultaneamente de maneiras complexas em todos os âmbitos sociais, reforçando hierarquias e exclusões. A assistência à saúde no contexto do entrecruzamento de opressões mostra como algumas populações – como mulheres negras, povos indígenas e indivíduos trans – experimentam pior saúde resultante da sobreposição entre racismo, sexismo, capacitismo e classismo enraizados nos serviços de saúde públicos e privados (101,102,104,106).

A hierarquia da autoridade médica está profundamente entrelaçada com outras formas de opressão social – ao longo das linhas de raça, gênero e classe. Pessoas de grupos estigmatizados podem ser ainda mais marginalizadas no sistema de saúde e podem ser submetidas a tratamento discriminatório por parte dos prestadores. Mulheres e minorias raciais podem enfrentar barreiras em seu desenvolvimento profissional e podem ser menos estimadas do que seus colegas homens e brancos (100,101).

No Brasil, o processo racial de acesso, escuta e resposta ocupa a condução dos corpos negros através dos serviços de saúde. Essa racialização não é encontrada apenas no nível dos pacientes, mas também dos profissionais de saúde. Na distribuição de médicos negros, os poucos que existem (22% do total dos médicos graduados), ficam mais em serviços de baixo prestígio social ou de baixa qualidade e em regiões próximas à “periferia epistêmica”, carregando menor capital financeiro e social. O conceito de “colonialidade da vida” vindo de autores como Nascimento & Martorell (174), captura essas injustiças, nas quais algumas vidas são continuamente

depreciadas em comparação com outras. Discursos biomédicos e políticas públicas baseadas em uma lógica de hierarquia da vida legitimam essa diferenciação ontológica. O mais flagrante é exibido na prática dos “duplos padrões” dentro da pesquisa clínica, onde o Sul Global é utilizado como um “local” de corpos experimentais, em que sistemas de vida são utilizados com base em uma justificativa utilitária que novamente encoraja operações segundo as quais vidas periféricas são mais dispensáveis e exploráveis (22,34,35).

Dessa forma, a biopolítica contemporânea – entendida como o governo da vida e dos corpos – é profundamente marcada pela colonialidade. A medicalização da vida, o controle reprodutivo, a histerização dos asilos e o racismo institucional nas práticas de saúde são exemplos de como a medicina moderna opera como um tribunal de disciplina e exclusão. A bioética principialista também reproduz a mesma lógica de colonialidade ao se apresentar como universal, sem considerar os contextos de desigualdade social e as especificidades culturais dos povos subalternos. A América Latina, no entanto, é clara em seu desafio a essa alegação e insiste na necessidade de descolonizar a bioética, ou seja, de tomar a bioética e colocá-la no concreto dos povos periféricos e reuni-la à justiça social. Como contraproposta crítica a essa lógica, a BI sugere “uma inversão de perspectiva” na revisão das práticas de saúde, do ponto de vista dos mais vulneráveis, realocando discussões bioéticas além do principialismo e normas universalizadas. Reconhecer essas críticas à bioética principialista e a presença de pensamentos e práticas coloniais é o primeiro passo para criar práticas de saúde mais democráticas e plurais que respeitem diferentes formas de saber, cuidar e curar uns aos outros (9,23,24).

A colonialidade do conhecimento, também um componente da colonialidade, é sentida em um currículo de saúde que continua a reproduzir uma visão do processo saúde-doença de forma biomédica, positivista e descontextualizada. Um modelo distante de ser inclusivo dos determinantes sociais da saúde, diferenças culturais e racionalidades que coexistem dentro de territórios colonizados. O resultado é uma prática clínica que desconsidera as subjetividades das pessoas e patologiza corpos racializados, sexualizados e pobres. A colonialidade é operativa na medicina e saúde, vista em epistemologias dominantes, práticas de cuidado, currículos de formação e políticas públicas – que mantêm desigualdades históricas. O modelo biomédico foi uma epísteme hegemônica que resultou da institucionalização do conhecimento médico, nomeadamente de dispositivos como o Relatório Flexner, que fez emergir um

modelo de racionalidade tecno-científica, observação biológica do corpo e patologização da diferença. Essa hegemonia tem funcionado como um mecanismo de epistemicídio, uma palavra que condena a morte simbólica das ordens de conhecimento não ocidentais (158,175,176).

O Relatório Flexner de 1910 (176), com sede nos EUA, foi a base de uma grande reformulação do currículo das escolas médicas promovendo a centralização da educação em laboratórios e hospitais e deslegitimando formas não alopáticas de cuidados de saúde, incluindo as de origem africana e indígena (175). Quando este modelo é contrastado com o conhecimento terapêutico tradicional, como o praticado por curandeiros e sacerdotisas, uma assimetria de respeitabilidade institucional é exposta. Essas mulheres ativam redes relacionais humanas/não-humanas na prática do cuidado, algumas das quais coletivamente baseadas em cosmologias que transgridem a dualidade corpo/espírito imposta pelo conhecimento biomédico. Elas resistem à colonialidade reafirmando formas plurais de conhecimento e construindo cuidados baseados na interconectividade com seres espirituais, elementos naturais e conhecimentos ancestrais (34,35,176).

Outra relação sobre a qual a colonialidade do poder/conhecimento/vida foi escrita é aquela entre médicos, mas de diferentes especialidades e/ou níveis de cuidado. Situações hierárquicas continuam a reproduzir desigualdades e hierarquias sociais, colocando a medicina ocidental como a única aceita e todas as outras formas de cura e comportamentos de saúde como ignorados ou suprimidos. Pessoas que se submetem ao padrão de poder dominante são mais poderosas e influentes do que as outras. Isso pode ocorrer em vários níveis, como na forma como os médicos são recrutados, como são promovidos ou reconhecidos e como o conhecimento médico é gerado e espalhado. A colonialidade do conhecimento torna-se evidente no fato de que apenas a medicina ocidental é contada como um conhecimento legítimo e os outros sistemas de cura e práticas de saúde são negligenciados ou deslegitimados (22,34).

A colonialidade na medicina é entendida em várias formas diferentes. Agora, é necessário reconhecer que todos os jogadores nesta relação de poder são médicos, mas ocuparão um papel diferente dependendo do contexto. O perfil mais frequente pode ser colocado em termos de forças de governança e oposição: o médico especialista em cuidados secundários e terciários contra o médico especialista em MFC com APS; o médico homem contra a mulher; o médico branco contra o médico

negro; aquele que trabalha no sul/sudeste do país contra aquele que trabalha no norte/nordeste (22,34).

Como já dissemos, a colonialidade pode ser observada em um currículo que naturaliza a desigualdade ao tornar invisíveis os problemas raciais, de gênero, classe e territoriais. Essa postura é uma repreensão de como a colonialidade está sendo exercida no interior da instrução acadêmica para esses futuros profissionais. Como enfatizado por Almeida, França & Melo (97), questões relacionadas à diversidade humana, determinantes sociais, temas de políticas públicas e questões de intersectorialidade são abstratas e tangenciais, tratadas superficialmente, descontextualizadas e/ou como disciplinas opcionais e optativas, o que é evidência da marginalidade desses temas no contexto institucional. Esta postura de "training de" profissionais já impede o desenvolvimento de uma concepção mais abrangente de saúde que inclua componentes históricos, sociais, subjetivos e ambientais das condições de vida das pessoas e prejudica a valorização das funções que o treinamento médico e a profissão têm além das com foco biológico (35-37,100,101,126,168).

Pedagogias e currículos liderados pelo Eurocentrismo continuam a impedir pesquisadores de acessarem conhecimentos ancestrais e modos de cuidado de comunidades negras, indígenas e marginalizadas. Essa perpetuação da lógica na educação influencia diretamente a prática profissional, resultando, muitas vezes, em ações desancoradas da realidade da população atendida. Trabalhadores formados em currículos que não são fundamentados na realidade social tendem a reproduzir, mesmo sem intenção, práticas clínicas racistas, capacitistas, classistas e sexistas, dentro da matriz colonial de poder (11,37,168).

Como já descrito anteriormente, o SUS é estruturado em níveis de cuidado, projetados de acordo com a progressão e aumento da complexidade dos cuidados, o que repercute na reprodução (e às vezes acentuação) de assimetrias de poder e conhecimento baseadas na colonialidade. O valor, a legitimidade e a operação do conhecimento em todos os níveis sustentam uma ordem epistêmica colonial, de forma que o conhecimento médico ocidental, científico e concebido pela biomedicina é imposto sobre outras formas de conhecimento e práticas de cuidado. O objetivo do SUS é racionalizar o consumo de serviços de saúde para garantir a resolução e a continuidade do cuidado, mas as dinâmicas diárias de poder nos serviços e a localização do médico replicam uma hierarquia de conhecimento e poder que são

mais do que problemas organizacionais, refletindo também estruturas de dominação que podem ressoar com a lógica da colonialidade (34-37).

No SUS, essa lógica colonial é renovada na hierarquia dos níveis de atenção, onde os indivíduos com mais poder, autoridade, autonomia decisória e mais prestígio são os médicos especialistas técnicos que operam em hospitais de média e alta complexidade, superiores aos que operam nos serviços de APS, muitas vezes considerados profissionais menos qualificados ou marginalizados (34,35,50,51,132). Essa lógica se materializa na supervalorização do conhecimento biomédico, gerado e certificado em centros de poder hegemônicos, em oposição a outras formas de conhecimento e cuidado fomentadas nas margens e histórias não contadas. As práticas médicas de suas regiões eram frequentemente sofisticadas, usando tecnologias leves para resolver situações altamente complicadas, até mesmo difíceis, e poderiam ter sido bastante eficazes em termos locais, mas foram uniformemente estigmatizadas como supersticiosas ou pré-científicas, e consistentemente substituídas pelo modelo biomédico, presumido como universal e superior. Essa imposição forçada da medicina ocidental não foi apenas uma questão de imposição pela força; envolveu também a geração de um discurso que tornou sua própria superioridade natural e outros conhecimentos ilegítimos. A construção de entidades médicas, o treinamento de agentes de saúde dentro do prisma do paradigma biomédico e a introdução de políticas de saúde desenvolvidas com base nesse paradigma permitiram a internalização dessa hierarquia entre conhecimentos que continua a ser transmitida até a atualidade (34-37,39).

Segundo Quijano (35), a colonialidade do poder opera através de uma matriz de dominação que une exploração econômica, supressão política, subjugação racial e dominação epistêmica. Na saúde, essa matriz está presente nas formas em que o conhecimento biomédico foi estabelecido como o conhecimento legítimo e autorizado, enquanto outros conhecimentos, incluindo conhecimento tradicional de cura, conhecimento popular de saúde e as próprias experiências dos pacientes, são frequentemente marginalizados ou negligenciados. Tudo ligado a esses outros "conhecimentos marginalizados" torna-se também marginal e desvalorizado (34-37,39).

Portanto, APS, conceito amplo de saúde, MFC, Métodos Clínicos Centrados na Pessoa, e Educação Popular em Saúde são considerados como piores e menos relevantes; como resultado disso, ocorre um declínio no cuidado ao paciente, que

deveria estar focado nas pessoas e não em poder/prestígio. Há também uma hierarquia no campo da saúde, que dá preeminência aos médicos na cadeia de autoridade, enquanto enfermeiros, técnicos e agentes comunitários têm seu conhecimento desvalorizado, apesar de terem conhecimentos práticos e experienciais necessários para a prestação de cuidados (34,35,132,177).

Essa perspectiva, no entanto, é ampliada por Lander 48 através de sua ênfase na forma como a ciência contemporânea – e subsequentemente a medicina biomédica – é apresentada como conhecimento objetivo, neutro e universal, que pode descrever a realidade independentemente de qualquer condição social, cultural e política. Essa retórica da universalidade também ofusca sua própria origem histórica e geográfica, seus preconceitos e interesses específicos e, assim, ajuda a deslegitimar outros tipos de conhecimento que não se conformam ao seu padrão (34-37,39).

Um caso em questão da hierarquia do conhecimento está na saúde indígena. Vários estudos destacam que o conhecimento cósmico e terapêutico dos povos indígenas tende a não ser levado em consideração, sendo até mesmo considerados "ameaças" ao seguimento da terapia biomédica adequada. Frequentemente, colide com a medicina ocidental, que é individualista e baseada em protocolos e está ligada a uma definição de corpo e território. Essa tensão aponta para a necessidade de metodologias interculturais com base no reconhecimento da validade de epistemologias diversas (43,178,179).

Um caso semelhante é a saúde mental. Intervenções psicossociais e comunitárias que promovem vínculos, territorialização e a especificidade das experiências de sofrimento são ignoradas e passam a predominar tratamentos medicalizados. Como já indicaram, essa tendência é um exemplo da medicalização da vida que aumenta a dominação biomédica e desacredita práticas de libertação, como Amarante (180) e Rotelli (181) também sugeriram (176,177).

Nessa estrutura, de acordo com Ayres (176), o modelo biomédico que foca na doença e na intervenção técnica é privilegiado em detrimento a um modelo ampliado de saúde, considerando o social, cultural e a subjetividade do processo saúde-doença. Assim também, a colonialidade do conhecimento se atualiza nas formas de organização cotidiana do trabalho de saúde, onde escutar, empatizar e fornecer cuidado holístico é frequentemente subordinado à lógica da especialização e tecnologia. Além da exclusão de conhecimentos não biomédicos, é ainda evidente dentro da medicina institucionalizada que há uma hierarquia de poder que valoriza de

modo imperfeito e desigual diversas manifestações da prática médica. Especialidades monetizadas se desenvolvem à custa da medicina geral, MFC, ou ainda APS (33,35,50,177).

APS é a porta de entrada na maioria dos sistemas de saúde, com potencialmente um contato mais próximo com a comunidade e um papel mais amplo no cuidado. Seja como for, ou por causa disso, o primeiro nível é frequentemente subfinanciado e possui tanto menos valor simbólico quanto financeiro do que os segundo e terceiro níveis de educação. Esse valor reduzido pode resultar em menor autonomia profissional, maior rotatividade e menor capacidade de adotar práticas inovadoras e culturalmente responsivas, trabalhando com poucos recursos humanos e financeiros. Em algumas situações, protocolos clínicos e diretrizes, tipicamente gerados a partir de evidências conduzidas em ambientes hegemônicos, deixam de lado ou substituem os conhecimentos e práticas de cuidado locais presentes nas comunidades, carregando com eles a colonialidade presente em sua formulação e aplicação (87,88,177).

Serviços especializados e ambulatoriais reforçam a priorização da biomedicina através da presença do especialista. Acredita-se que o conhecimento médico fragmentado no nível do corpo e da doença possa ser percebido como superior à atenção primária geral. Não apenas isso, a exigência de que um médico trabalhando em APS seja um generalista e não um especialista é, por si só, uma afirmação de que o primeiro carece de prestígio. Como uma especialidade como qualquer outra, a Medicina de Família e Comunidade não se encaixa automaticamente sob essa profissão como uma especialidade, especialmente dado que "povos colonizados" é sua preocupação. A lacuna entre o profissional de cuidados secundários e o mundo de vida do paciente provavelmente exacerba a desigualdade epistêmica. Protocolos e práticas são mais generalizados e menos adaptados às necessidades particulares e aos saberes dos profissionais individuais e suas comunidades. A comunicação pode se tornar cada vez mais verticalizada e focada em torno da autoridade do especialista, o que também não contribui para um plano de cuidado compartilhado (35,50,180).

Já os cuidados especializados do segundo e terceiro nível de atenção estão no ápice da valorização do conhecimento e tecnologia da biomedicina. Médicos especialistas trabalhando no setor de cuidados terciários, supostamente possuindo mais conhecimento técnico, vêm com mais capital social, institucional e econômico. Essa valorização está fundamentada na tradição biomédica em que a eficiência do

cuidado é instrumentalizada por meio da especialização e da tecnologia como tal. Aqui, o foco está no diagnóstico preciso, tratamentos focados e intervenções de alta tecnologia. Outros tipos de conhecimento e práticas de cuidado são quase totalmente excluídos ou, se não invisíveis. A technicalização e especialização, a centralidade de exames complementares, a hierarquia piramidal entre os profissionais de saúde - tudo contribui para um ambiente em que o conhecimento dos pacientes e de outros agentes sociais é virtualmente inexistente. Raciocinar segundo a eficiência e a racionalidade técnica pode levar à dessensibilização do cuidado e negligência das dimensões subjetivas, culturais e sociais do processo saúde-doença (50,51,180).

Uma avaliação classificatória entre eles, no entanto, em que o conhecimento é atribuído a uma "nobreza" contra a qual aqueles na "base" são desvalorizados, prejudica todas as partes, sendo o paciente o menos prejudicado. O poder colonial permeia a comunicação, as expectativas recíprocas, o reconhecimento e o compartilhamento de prestígio, bem como as necessidades de desenvolvimento profissional. Essa figura do médico especialista (frequente nos níveis secundário e terciário) desenvolveu historicamente um perfil de maior poder de decisão e protagonismo epistêmico em comparação com a legitimidade de ação do médico da APS. A formação médica historicista do Brasil, focada nos seus hospitais universitários e em uma lógica hospitalar reforça essa crença. O ensino endossa a abordagem técnico-conteudista, procedimentos e patologia, e não inclui uma perspectiva mais ampla do processo de atenção-cuidado, atenção longitudinal e escuta ativa (50,51,132,164).

O resultado é um grande grupo de médicos que ingressa temporariamente na APS, com vínculos transitórios e pouca valorização institucional. O trabalho clínico no território, baseado em atenção, vínculo e construção compartilhada do cuidado, frequentemente enfrenta deslegitimação perante a hierarquia do especialista. Isso gera tensões no fluxo de cuidado, dificultando a coordenação do cuidado e a completude da atenção. Além disso, os recursos naturais são alocados de acordo com essa estrutura de hierarquias. Os serviços de média e alta complexidade retendo maior investimento tecnológico, financeiro e humano e na APS, problemas de infraestrutura (pequenos cubículos, falta de material e baixos salários para profissionais). Esse é um desequilíbrio que enfraquece o sistema e garante a manutenção da lógica colonial que vê o conhecimento tecnocientífico europeu como

valioso, enquanto os conhecimentos locais e baseados na comunidade são menos valiosos (4,5,87,88,132).

A chave para romper com a colonialidade é reconhecer a pluralidade epistêmica e o valor dos conhecimentos insurgentes, locais e situados. No SUS, isso implica reconhecer a atenção primária não apenas como estratégia de organização do sistema, mas como um espaço legítimo para a produção de cuidado e conhecimento. O modelo biomédico, ao centrar na fragmentação do corpo, na lógica intervencionista e na especialização, se afasta das reais necessidades da população. Por sua vez, a APS situada perto dos territórios e dinâmicas socioculturais dos usuários, tem o potencial de configurar uma prática de cuidado mais abrangente, focada no indivíduo e no território ao qual ele pertence. No entanto, tais práticas são frequentemente ocultadas e, aqui, o status dos níveis secundário e terciário. O encaminhamento de indivíduos entre níveis é uma lógica que frequentemente esquece decisões clínicas tomadas anteriormente na atenção básica e reforça uma lógica de verticalização e subordinação da atenção. Isso prejudica a continuidade e a resolução da oferta, levando ao descontentamento entre usuários e trabalhadores de linha de frente (87,88,177).

Silva et al. (182) no Maranhão, observaram que a desvalorização da APS pela concentração de decisões clínicas em especialistas levou a piores resultados de saúde e a mais hospitalizações relacionadas a condições evitáveis. Santos et al. (183) no Pará observaram casos em que a falta de valor para a expertise dos profissionais de APS levou a intervenções desnecessárias e a uma mortalidade crescente devido a condições crônicas mal geridas. Esses resultados podem ser generalizados para todo o Brasil (180,182,183).

A tendência à especialização tem sido uma característica marcante da história da medicina ocidental moderna. À medida que mais e mais se aprende e à medida que a tecnologia médica se torna mais intrincada, o conhecimento médico se fragmenta em diferentes áreas de especialização. Esse processo foi valioso para vários campos no diagnóstico e tratamento de doenças específicas, mas estabeleceu uma hierarquia entre os subconjuntos da medicina e, portanto, entre os médicos que as praticam. Tradicionalmente, disciplinas cirúrgicas e aquelas associadas a altas tecnologias têm tido maior status social e científico do que a medicina interna geral e a medicina de família e comunidade. Essa avaliação diferencial é, em parte, moldada

pelo modelo biomédico, que valoriza a intervenção técnica e a solução de problemas de saúde em um certo nível orgânico (50,51,56,183).

É muito comum que o chamado especialista, que na verdade é bem educado em apenas uma parte estreita da medicina, seja considerado esperto e capaz de lidar até mesmo com o problema mais difícil, enquanto os generalistas são frequentemente incorretamente considerados como tendo conhecimentos "menos importantes" ou "menos interessantes". Existe essa hierarquia que aparece de diferentes formas. Dentro da consciência da sociedade, um cirurgião cardíaco ou cirurgião cerebral frequentemente se destaca acima daquele médico de família que zela pela saúde da comunidade ao longo das gerações (50,51,56,183).

Essa perspectiva social é frequentemente refletida na alocação de recursos em todo o sistema de saúde, favorecendo tecnologias e infraestrutura no mais alto nível de especialização. Essa assimetria é ainda mais reforçada na formação médica. A ênfase excessiva nas especialidades tanto na educação médica de graduação quanto na pós-graduação - que vem em detrimento da formação médica geral e comunitária - evoluiu para o conceito de que "a medicina de verdade" é uma especialização. Essa cultura acadêmica pode contribuir para a desvalorização da APS como um domínio menos "nobre" ou intelectualmente exigente (164,176,177).

A hierarquia de diferentes níveis médicos no sistema de saúde tem um impacto direto no cuidado prestado aos pacientes, particularmente aqueles que residem em territórios onde as desigualdades sociais, raciais e geográficas são evidentes. O preço hierarquizado conferido aos conhecimentos especializados, em prejuízo dos conhecimentos comuns, especialmente os dos prestadores de cuidados primários, leva a um cuidado fragmentado e a um cuidado tecnológico à distância das realidades locais. Encaminhamentos da APS para cuidados especializados podem ser vistos como "pedidos" a serem cumpridos, com pouco espaço para diálogo e um reconhecimento negativo do conhecimento que o médico da APS tem sobre o contexto do paciente. Relatórios e referências cruzadas podem ser parciais ou excessivamente técnicos e não compreensíveis, mas podem até ser monótonos, representando uma depreciação do trabalho no nível inferior. Os médicos da APS podem perceber falta de respeito ou desinteresse pela opinião e pelo encaminhamento que fazem, observando uma postura de supremacia nos profissionais especialistas. Isso pode levar a conflitos, obstruir o desenvolvimento de planos de cuidado conjuntos e afetar a confiança mútua (50,51,56,177,183).

O reconhecimento profissional e o prestígio estão muitas vezes associados a uma grande especificidade e complexidade tecnológica. Médicos de cuidado terciário podem ter relativa facilidade de exposição a publicações, reuniões e recursos de pesquisa. À medida que o reconhecimento do trabalho neste sistema é injustamente distribuído dessa maneira, pode acrescentar ao senso de falta de valor dos médicos da APS, apesar de eles verem a maioria da demanda do sistema e formarem um relacionamento de longo prazo com pacientes e suas comunidades. Como uma profissional que trabalha na rede de cuidados de uma cidade considerada "a capital do nordeste brasileiro", experimento diariamente a hierarquia de poder entre médicos de diferentes níveis de cuidados, mas todos eles com o mesmo pensamento colonial ainda presente em toda a equipe de saúde e nos pacientes também. Eu pude participar de um estudo de pesquisa multicêntrico em seis países latino-americanos como supervisor no Brasil e ver o mesmo problema em outras cidades e estados, e até mesmo em outros países latino-americanos, que, após vários anos de investigação, fui informado de que isso era uma questão de comunicação e era a principal barreira para a eficácia das redes de cuidados de saúde. Uma das razões para essa falta de comunicação é a ausência de articulação entre planos (como também foi influenciada pela colonialidade do poder/conhecimento/vida) (34,35,126,168).

A análise da colonialidade do poder entre médicos em vários níveis revela que as hierarquias existentes na prática médica, longe de serem meramente organizacionais, são aspectos de um legado colonial de (des)dominação e exclusão. Como vimos ao longo do capítulo, essa desvalorização é significativamente atravessada por diferenças sociais – raça, classe, gênero, território – que reproduzem desigualdades históricas no acesso à saúde e na alocação de prestígio médico (34,35,178).

A colonialidade do conhecimento e a imposição de um regime de verdade baseado na medicina científica ocidental, além de silenciar outras formas de saber, também reproduz o silêncio das práticas populares, do conhecimento ancestral e das experiências do cotidiano nos serviços públicos de saúde. Ao mesmo tempo, a colonialidade do poder estabelece um modelo de autoridade médica que é construído no sistema de relações hierárquicas entre os profissionais, incluindo um foco no cuidado, a falta de comunicação entre as camadas de cuidado e a própria eficácia do SUS como política pública. A desvalorização, simbólica e financeira, da APS, a

autoridade restrita dos praticantes e os obstáculos de comunicação com outros níveis especializados que limitam a autonomia, podem causar entre os profissionais um certo sentimento de superioridade entre os níveis (34-37).

A produção de conhecimento sobre a medicina é frequentemente monopolizada por centros de pesquisa e instituições situadas nos países do Norte Global, o que mantém uma forma de colonização epistêmica e hierarquização da validação e disseminação do conhecimento. As agendas de pesquisa podem não atender às necessidades de saúde de populações marginalizadas, e abordagens teóricas e metodológicas podem ser eurocêntricas em detrimento de maneiras alternativas de conhecer e produzir conhecimento. A educação em saúde, em particular a que é desenvolvida na área da medicina, ainda está comprometida com um modelo de pedagogia, recentemente revisado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), e carregado de fortes sinais do raciocínio biomédico e eurocêntrico. As DCNs sugerem a formação de profissionais inseridos nos sistemas de saúde e concentrados na atenção primária, com ênfase no conhecimento técnico-científico ocidental, deixando de lado os conhecimentos tradicionais e maneiras de conhecer não hegemônicas (39,164).

Houve progressos significativos, como o apoio à educação para a humanização e a interdisciplinaridade, mas a proposta decolonial (que significaria uma reorganização curricular focada na diversidade epistêmica e nos saberes produzidos por populações historicamente colonizadas) é um desafio difícil, que ainda não alcança as práticas pedagógicas institucionais. É baseada na verticalização da hierarquia de ensino e na centralização do conhecimento (31,32,184,185). E este sistema é baseado no paradigma *educare*, um modelo de educação passiva em que os alunos são reduzidos a recipientes de informação, diminuídos pelo pensamento crítico e pela criatividade. Por outro lado, o modelo *educere* defende uma educação participativa, considerando o estudante como sujeito do conhecimento. Este modelo responderia melhor à educação em saúde na América Latina, pois permite a articulação entre o conhecimento local e práticas de emancipação pedagógica. A persistência do modelo *educare* na educação médica, assim, fala de uma versão de colonialidade epistêmica, repetindo a racionalidade eurocêntrica da pedagogia. Este achado é consistente com o que Gonçalves e colaboradores perceberam (178), que examinam como a inserção de "outros" corpos no ensino superior – através de políticas de cotas raciais – tem produzido tensões nas instituições de saúde coletiva.

Esses alunos têm confrontado modelos eurocêntricos de educação e solicitado currículos mais inclusivos e dialogais. As DCNs de medicina ainda estão organizadas em torno de um modelo central biomédico, tecnocrático e universalista e dão pouca importância ao conhecimento tradicional ou aos determinantes sociais da saúde das populações racializadas (39,43,178).

4.2 HIERARQUIZAÇÃO DO PODER MÉDICO E DECOLONIALIDADE

A decolonialidade advoga por uma descentralização do conhecimento médico como conhecimento válido sobre o corpo, saúde e doença, e pela aceitação de outras formas de conhecimento sobre eles, como o conhecimento indígena e saberes populares. Isso é feito criando novos espaços de diálogo e colaboração entre os diversos atores sociais; valorizando a pluralidade de perspectivas e avançando na coprodução de cuidados. A criação de relações médico-paciente mais horizontais e dialogais é um dos principais objetivos da perspectiva decolonial. Isso implica uma mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde, que devem se ver como facilitadores de cuidados, respeitando a autonomia e o protagonismo do paciente na gestão de sua própria saúde. Comunicação aberta e compreensível, escuta ativa e uma atitude de respeito pelas crenças religiosas e valores do paciente são aspectos importantes desse processo (34,35,43,177).

A decolonialidade nos pede para repensar as hierarquias entre disciplinas médicas e níveis de cuidado, valorizando e problematizando tudo o que é feito em todos os níveis da rede de cuidados. Inclui o investimento no valor da atenção primária, a promoção da equipe multidisciplinar e o desenvolvimento, avanço e nutrição de uma força de trabalho focada na atenção primária para a equidade na alocação de recursos e oportunidade de desenvolvimento profissional. Desta visão decolonizante, eles apoiam a necessidade de uma produção mais plural do conhecimento médico que inclua diversas perspectivas teóricas e metodológicas e atenção às necessidades e contextos particulares da população. Isso implica reforçar a pesquisa local e regional, reconhecendo o conhecimento que é produzido nas periferias e anteriormente, e possibilitando diálogos entre diversas tradições de pensamento (36,37,87,88,132).

A hierarquia do poder médico não pode simplesmente ser analisada isoladamente, mas em combinação relacional com outros sistemas de opressão

social. A descolonização da saúde deve fazer parte da luta por justiça social contra o racismo, sexismo e exploração de classe. Contra a hierarquia dos conhecimentos e por um modelo de saúde mais equitativo e inclusivo, vale a pena o reconhecimento da diversidade epistêmica e a interação mútua dos sistemas de conhecimento, sem que um domine o outro. Para a saúde, isso significa reconhecer o conhecimento popular, tradicional, empírico e profissional como formas legítimas de produzir conhecimento sobre o cuidado (34,35,182,185).

Isso gera como alternativa práticas de medicina fitoterápica, uso de plantas medicinais, círculos de cuidado, cuidados comunitários e o que sabem as parteiras tradicionais, por exemplo, que contribuem redirecionando as políticas públicas em saúde pública, não como simples auxiliares da medicina oficial. Além disso, é necessário reimaginar programas e cursos de educação em saúde, incluindo materiais que reconheçam a diversidade cultural, desafiem a colonialidade e advoguem por uma justiça epistêmica (174,182,126,168).

Embora as políticas públicas de saúde no Brasil tenham avançado com relação à equidade e universalização com o SUS, elas também continuam a reproduzir a colonialidade do conhecimento. Por exemplo, o Programa "Mais Médicos" pretendia territorializar a APS, principalmente nas periferias e sertões, valorizando a medicina de família. Estudos como o de Lima et al (17) descobriram que a presença frequente de médicos generalistas em regiões contribui para a formação de vínculos, aumenta a confiança mútua e melhora a saúde mesmo em ambientes com escassez de tecnologia. Isso aponta para a importância estratégica da APS como um lugar de escuta, acolhimento e prestação de cuidados abrangentes. No entanto, a recepção de médicos estrangeiros, notavelmente cubanos, reflete disputas epistemológicas e políticas, bem como preconceitos que em parte apelaram para a superioridade dos conhecimentos médicos ocidentalizados em detrimento de outras experiências de cuidado (34,35,78,132).

No mesmo sentido, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), iniciada pelo Ministério da Saúde em 2006, é um avanço no reconhecimento dos conhecimentos tradicionais. Mas tende a ser minada por resistências institucionais, preconceito epistêmico e recursos insuficientes. A medicina tradicional indígena e afro-brasileira continua a enfrentar desafios para obter uma legitimação plena como legítima, e não apenas como um complemento à medicina alopática nas diretrizes oficiais do SUS (126,168,174,182,185).

Políticas de ações afirmativas no acesso ao curso de Medicina para pessoas oriundas de loteamentos, assentamentos da Reforma Agrária e movimentos sociais no município de Caruaru (PE) representam uma estratégia de democratização do ensino superior e de enfrentamento das desigualdades estruturais que marcam as periferias e o campo brasileiro. A implementação de cotas e programas que consideram a origem territorial e socioeconômica — articulados historicamente com iniciativas como o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (Pronea) — amplia oportunidades para sujeitos historicamente excluídos das profissões médicas e outras carreiras de prestígio. No contexto brasileiro, políticas de cotas e ações afirmativas diversificaram o perfil de estudantes nas universidades federais após a promulgação da Lei n.º 12.711/2012, conhecida como Lei de Cotas, que reserva percentual de vagas para estudantes de escolas públicas, negros, indígenas e, mais recentemente, pessoas de baixa renda e quilombolas, possibilitando transformações concretas na composição social dos cursos de graduação (169,178,186,187).

A perspectiva decolonial agrega um aporte teórico-político essencial a essa discussão, pois desloca o foco de uma educação universitária baseada em paradigmas universalistas e eurocêntricos para uma educação que reconheça e valorize os saberes locais, as experiências comunitárias e as formas plurais de conhecimento presentes nas comunidades camponesas, assentadas e periféricas. A decolonialidade, conforme discutido na literatura sobre ensino superior e inclusão, implica questionar as hierarquias de saberes que historicamente marginalizaram grupos racializados e socialmente excluídos, e promover práticas acadêmicas que considerem a pluralidade epistemológica e cultural como elemento central da formação médica. Essa abordagem desafia a universidade tradicional a repensar não apenas seus critérios de acesso, mas também o currículo, as práticas pedagógicas e as relações de poder interno, contribuindo para uma produção de conhecimento mais democrática e comprometida com a justiça social (36,37,126,168).

A denúncia ao epistemicídio do conhecimento afro-brasileiro, ao mesmo tempo em que alerta que as políticas públicas só serão mais inclusivas quando forem capazes de romper a lógica monocultural, reconhece a legitimidade de múltiplas formas de ser e cuidar. Por outro lado, "ter em mente que uma 'interculturalidade crítica' nas políticas é um caminho para projetar formas de práticas decolonizadoras que colocam em destaque saberes historicamente subjugados". É necessário também redesenhar os currículos na formação em saúde, incorporando conteúdos com foco

na diversidade cultural, crítica à colonialidade e promoção da equidade epistêmica. Compreender o poder médico hierarquizado e sua origem colonial envolve um processo exigente de conversão institucional, pedagógica e cultural. Estimar a atenção primária como uma disciplina científica implica reestruturar o processo de produção de conhecimento na área da saúde. É essencial desenvolver uma educação crítica, interdisciplinar e situada que reconheça o saber popular, favoreça a escuta qualificada e estimule o trabalho em grupo (126,168,174).

Outras experiências pedagógicas têm se evidenciado como atos de resistência à colonialidade curricular. Experiências que integram métodos ativos, epistemologias do Sul, práticas de educação popular em saúde, oficinas culturais, rodas de conversa e ações intersetoriais demonstram que é viável re-imaginar processos formativos alicerçados em uma ética do cuidado atenta à diferença e à transformação social. Atividades relacionadas à educação, como as descritas por Almeida et al. (16), que integram abordagens lúdicas para problematizar injustiças sociais e diferenças na educação em saúde, podem ser formas/ferramentas para resistir à colonialidade por meio de pedagogias transformadoras (43,100,102,182,185).

A reformulação dos currículos de graduação e residência médica, com mais investimento em treinamento de equipes, comunicação e valorização da APS, pode ajudar a desenvolver uma nova geração de médicos com uma visão mais integrada e coletiva do sistema de saúde. Melhorar a liderança dos médicos na APS, tanto em funções clínicas quanto gerenciais, é central para garantir que suas vozes e necessidades informem a tomada de decisão sobre o sistema de modo mais geral. O reconhecimento da função estratégica da APS na coordenação do cuidado e na promoção da saúde pode aumentar o prestígio e o poder dos trabalhadores localizados nesse nível (78,87,88,132).

Em contextos multiculturais, a valorização dos conhecimentos e práticas de cuidado de outros grupos sociais pode também afetar as relações entre profissionais de saúde. Essa relativização da hegemonia do conhecimento biomédico, e especificamente a hierarquia entre os médicos baseada apenas em critérios de especialização. Esses esforços, no entanto, continuam a enfrentar barreiras institucionais, seja com lideranças acadêmicas ou professores formados nesse mesmo molde colonial que os programas desejavam desestabilizar. O desafio é, portanto, estrutural: exige uma reformulação radical do currículo, dos paradigmas teóricos a serem assumidos, dos critérios de avaliação e dos próprios critérios de

excelência acadêmica. A educação permanente em saúde é um passo adiante nessa direção, ao recomendar um ensino e serviço-comunidade integrados e o fortalecimento da formação nos territórios. No entanto, ainda há resistência em incorporá-la nas organizações de formação e serviços, que são estruturados com base em uma lógica fragmentada e hierárquica de produção de conhecimento (132,164)

Do ponto de vista gerencial, os critérios para alocação de recursos e valorização dos profissionais da APS devem ser reconsiderados. A construção de carreiras estáveis, com compensação justa e reconhecimento institucional, pode ser uma forma de reter profissionais nos territórios e qualificar o cuidado. Por fim, torna-se urgente enfrentar o racismo estrutural e o epistemicídio na saúde e valorizar o conhecimento indígena, afro-brasileiro e popular para a construção de um cuidado mais integrador e justo (182,185,186).

A crescente conscientização sobre o papel da Medicina de Família como especialidade básica na organização e operação dos sistemas de saúde é um passo importante na transformação da ordem social existente. A valorização do conhecimento aprofundado do médico de família – sua capacidade de oferecer articulações de cuidado em múltiplos níveis para os pacientes e de se engajar com e retribuir à comunidade – é importante em um sistema de saúde mais completo e equitativo. Esforços que promovam a comunicação, partilha de conhecimento e desenvolvimento de planos de cuidado compartilhados entre os níveis de atenção são importantes para enfrentar as assimetrias de poder. Juntas de revisão de tumores, com protocolos explícitos sobre a quem referir os pacientes, são ferramentas para promover um trabalho mais integrado (87,88,132).

Nas relações entre profissionais e usuários, a descolonização do cuidado implica na valorização da comunicação, confiança e singularidade do sujeito em sofrimento. Se o cuidado humanizado é apresentado como contraponto, ainda colide com as estruturas coloniais das instituições que se reproduzem em uma lógica fragmentada e despersonalizada da organização do cuidado. E com muita frequência, o pensamento hierárquico é um obstáculo para atender a essas ordens superiores de necessidades, incluindo a saúde mental e as múltiplas necessidades das pessoas negras, indígenas, LGBTQIA+ e outras historicamente marginalizadas. A ênfase seletiva em intervenções biomédicas escassas, junto com a falta de escuta

competente, mantém práticas discriminatórias e dinâmicas clandestinas da doença (50,51,100,101,177).

Nesse contexto, políticas públicas afirmativas e contra-hegemônicas são estratégias de resistência à lógica colonial. Através de seu foco na importância da territorialidade, equidade e vínculo entre profissionais e comunidades, essas políticas questionam o modelo hegemônico e sugerem formas mais horizontais e interculturais de cuidado. A ruptura com a lógica verticalizada onde o especialista está situado no auge do conhecimento médico, demanda uma reconfiguração radical da formação profissional e da cultura organizacional dos serviços de saúde. Esse processo necessariamente implica uma crítica à colonialidade do poder e do conhecimento e uma valorização de outras formas de saber produzidas nos territórios e por sujeitos historicamente subjugados. As práticas de cuidado de curandeiras, líderes espirituais, padres e terapeutas conhecidos popularmente são espaços de resistência contra a colonialidade do conhecimento e do ser. Essas mulheres não estão apenas cuidando de corpos, mas ativando redes ontológicas que interconectam humanos e não humanos, emergindo como territórios de cura plural e ancestral. Esses cuidados descolonizadores são primos da APS e se opõem aos cuidados especializados. Mas eles perduram por razões de efetividade simbólica e material, e por seu enraizamento nas comunidades. Não só essas práticas não se preocupam apenas com o alívio dos sintomas físicos, mas também contribuem para a saúde definida como um equilíbrio espiritual-social-ecológico. No entanto, reivindicam legitimidade política e epistêmica ao contestar os padrões dominantes de cientificidade. Pajés, sacerdotes, pais-de-santo, líderes religiosos nunca foram reconhecidos como profissionais de saúde, apesar deles terem um papel já reconhecido no cuidado a pessoa (34-37,186).

O foco crescente na centralidade do paciente e na humanização do cuidado também implica desafios à hierarquia epistêmica. Reconhecer o papel da experiência e do conhecimento do próprio paciente sobre seu corpo e saúde abre espaço para um diálogo mais igual entre profissionais e usuários e para a construção de planos de cuidado mais individualizados e culturalmente sensíveis. Em contextos multiculturais, a necessidade de produzir práticas de saúde interculturais levou ao reconhecimento da pluralidade de conhecimentos e práticas de cuidado. Esforços para promover conversas transculturais entre profissionais de saúde, usuários (pacientes) e comunidades que utilizem várias lentes teóricas e metodológicas representam um desafio para a descolonização dos saberes de saúde (126,168,177).

As estratégias mencionadas acima são meios de tentar romper, através de uma ponte que esperamos poder quebrar, a colonialidade e as relações de poder hegemônicas, e todas elas visam a relação médico-paciente, então nenhuma entre os médicos de outros níveis de assistência e ainda precisamos fazê-lo. A toxicidade dentro da superestrutura cultural superficial se acumula principalmente àqueles que são mais vulneráveis, a colônia que neste tríade terá que ser o paciente, para quem são os que mais necessitam de cuidados de longo prazo e ligação de entrada/saída entre níveis de ajuda (34,35,78,132).

Uma proposta de formação em saúde realmente descolonizada deve começar com o reconhecimento da pluralidade epistêmica, lutar contra o racismo e a desigualdade social, e interconectar territórios e saberes comunitários. Isso implica gerar espaços de escuta, reflexão e diálogo entre estudantes, professores e usuários do sistema de saúde, a fim de promover uma educação como um todo, reflexiva e libertadora (81,126,168).

CAPÍTULO 5 – A RELAÇÃO DE PODER MÉDICO-PACIENTE ENQUANTO “SITUAÇÃO PERSISTENTE” NOS CUIDADOS AOS PACIENTES COM DCNT: CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO.

A Bioética de Intervenção e a Bioética da Proteção configuram-se como aportes teórico-críticos centrais para compreender os dilemas éticos que atravessam os sistemas de saúde em contextos marcados por profundas desigualdades sociais. Ao romperem com a neutralidade aparente do principialismo tradicional, essas abordagens deslocam o foco da ética biomédica para as condições históricas, econômicas e políticas que produzem vulnerabilidades e sofrimento evitável, afirmando a responsabilidade coletiva, a justiça social e a defesa ativa da dignidade humana. Trata-se, portanto, de uma bioética situada e comprometida com a transformação das estruturas que naturalizam a exclusão e limitam o acesso ao cuidado integral, especialmente nos países periféricos.

À luz dessas perspectivas, as relações de poder no cuidado em saúde – particularmente entre médico e paciente e entre médicos de diferentes níveis de atenção – emergem como problemas éticos crônicos, que se intensificam no contexto das doenças crônicas não transmissíveis, onde o cuidado contínuo exige vínculo, diálogo e corresponsabilização. Por que, apesar desse imperativo, persistem práticas verticalizadas e paternalistas que fragilizam a autonomia do paciente? De que modo a hierarquização dos saberes e das decisões clínicas impacta a integralidade do cuidado e aprofunda desigualdades? E, sobretudo, quem é efetivamente protegido – e quem permanece vulnerabilizado – nessas disputas de poder? São essas questões que orientam este capítulo, ao investigar como a Bioética de Intervenção e a Bioética da Proteção podem oferecer fundamentos éticos para a reconfiguração do cuidado, do poder e da responsabilidade no enfrentamento das DCNT.

5.1 O PODER MÉDICO-PACIENTE COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE EM BIOÉTICA

A Bioética da Intervenção proposta por Garrafa e Porto nas últimas décadas do século XX, surge como uma vertente crítica da bioética latino-americana, concebida em resposta às limitações do modelo principialista anglo-saxão que dominou o debate

bioético global a partir dos anos 1970. Enquanto o principialismo enfatizava princípios universais – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – aplicados de maneira individualista e descontextualizada, a B.I. propõe, como afirmam Garrafa & Porto (39), uma abordagem comprometida com a realidade social, política e econômica dos países periféricos. A B.I. defende que as desigualdades estruturais, a pobreza, a exclusão social e as assimetrias de poder são determinantes éticos concretos e, portanto, devem constituir o foco da reflexão e da ação bioética. Essa proposta amplia o horizonte da bioética, deslocando-a do campo das escolhas individuais para o campo das relações sociais e das injustiças persistentes (9,21).

É nesse contexto que emerge o conceito de “problemas persistentes”, introduzido por Porto & Garrafa (41) para designar questões éticas e sanitárias que permanecem irresolvidas ao longo do tempo, não por ausência de conhecimento técnico, mas porque estão enraizadas em estruturas sociais, políticas e culturais injustas. São problemas que resistem a soluções pontuais porque derivam da manutenção de desigualdades históricas e de hierarquias simbólicas. A quem interessa manter essa ordem social? A manutenção do sistema privilegia quem detém o poder, médico em relação ao paciente, especialistas da atenção secundária e terciária em detrimento ao especialista que atua na APS, pessoas com dinheiro e escolaridade em comparação aos pobres e marginalizados, ou seja, a manutenção da ordem e do paradigma estabelecido mesmo que a literatura e a prática clínica já tenham mostrado a falência desse sistema. Na saúde, esses problemas incluem, por exemplo, o acesso desigual aos serviços, a desvalorização de grupos vulneráveis, o racismo institucional, o paternalismo médico e a fragmentação dos cuidados. A relação médico-paciente, quando analisada sob essa ótica, revela-se um desses problemas persistentes haja vista que, apesar dos avanços teóricos e discursivos na direção da autonomia e da humanização, o poder médico continua a exercer forte influência sobre a forma como o cuidado é concebido, organizado e experienciado (9,20,21,78,100,101,188).

O poder, nesse contexto, não se manifesta apenas como autoridade técnica, mas como forma simbólica e estrutural de dominação. Inspirados nas reflexões de Foucault (35), diversos autores da bioética crítica compreendem que o poder médico não se reduz ao controle sobre o corpo do paciente, mas envolve também o controle sobre os discursos, as verdades e os modos legítimos de ver e viver a doença. O saber biomédico, ao longo da modernidade, consolidou-se como a forma dominante

de interpretação da saúde, desqualificando saberes populares, experiências subjetivas e práticas comunitárias. Dessa forma, o poder médico-paciente reflete a própria colonialidade do saber, na medida em que hierarquiza o conhecimento técnico sobre o conhecimento experiencial e reitera desigualdades epistêmicas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (9,20,21,34,50,51).

Na prática clínica cotidiana, essa assimetria se expressa em múltiplas formas. O paciente é frequentemente reduzido a um “caso” ou “diagnóstico”, e sua narrativa pessoal é filtrada por protocolos e categorias clínicas que excluem a dimensão subjetiva do sofrimento. Ainda que o discurso contemporâneo valorize a autonomia, o cotidiano médico revela uma persistente tendência ao paternalismo — uma forma de poder que se legitima pelo suposto “bem do paciente”, mas que, na realidade, anula a sua capacidade de escolha e reforça sua dependência. No contexto das DCNT, como diabetes, hipertensão e doenças respiratórias, esse desequilíbrio torna-se ainda mais evidente. O cuidado exige corresponsabilidade, adesão prolongada e diálogo contínuo, mas o modelo biomédico tradicional, centrado na prescrição e na autoridade, frequentemente ignora as condições de vida, os valores culturais e as limitações socioeconômicas dos pacientes. O resultado é o fracasso terapêutico, a baixa adesão e a reprodução de iniquidades no cuidado (87,88,181,189).

Ao reconhecer a relação médico-paciente como um problema persistente, a BI propõe uma mudança paradigmática: compreender que as relações éticas não ocorrem entre indivíduos isolados, mas entre sujeitos situados em contextos de poder assimétrico. Nesse sentido, a Bioética de Proteção complementa a B.I. ao enfatizar que a vulnerabilidade é parte constitutiva da condição humana e deve ser objeto de cuidado ético. Proteger o paciente não significa tratá-lo de forma paternalista, mas criar condições concretas para o exercício da autonomia, o que implica reduzir as desigualdades e fortalecer sua capacidade de decisão. Assim, a proteção ética passa por reconhecer e intervir sobre os mecanismos sociais e institucionais que silenciam o paciente (21,23,24).

A disputa de poder entre médicos e pacientes, além de um problema moral, é também um problema político e institucional. No SUS, por exemplo, a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e a fragmentação dos serviços refletem não apenas falhas organizacionais, mas também hierarquias internas da medicina. Médicos da atenção secundária e terciária, associados ao prestígio técnico e à alta complexidade, muitas vezes exercem influência simbólica e decisória sobre

médicos da APS que lidam mais diretamente com a realidade social dos pacientes. Essa hierarquia reproduz-se no cuidado quando o paciente é encaminhado de um nível a outro sem continuidade, submetido a condutas contraditórias e a uma comunicação fragmentada (71,72,173,190).

Exemplos práticos desse fenômeno são observados em pacientes com hipertensão ou diabetes, por exemplo, que são frequentemente atendidos de forma fragmentada: realizam consultas esporádicas com diferentes médicos, recebem orientações contraditórias e enfrentam falhas na contrarreferência entre APS e atenção especializada. Essa descontinuidade do cuidado é tanto técnica quanto ética. Na perspectiva da Bioética da Intervenção, tal fragmentação reflete um problema persistente de poder e desigualdade: o conhecimento especializado, detido por médicos de níveis secundário e terciário, é valorizado e centralizado, enquanto o trabalho da atenção primária – mais próximo da realidade comunitária e dos determinantes sociais da saúde – é desvalorizado e frequentemente desautorizado (87,88,173,190).

Essas tensões hierárquicas repercutem diretamente sobre os pacientes. Muitos perdem o vínculo com a equipe de referência, têm dificuldade em compreender o próprio tratamento e acabam desmotivados, o que agrava o quadro clínico. Em termos bioéticos, trata-se de um problema persistente porque expressa uma estrutura de poder institucionalizada, que se reproduz mesmo diante de políticas de humanização e participação social. A desigualdade simbólica entre profissionais – e entre médico e paciente – é sustentada por uma racionalidade biomédica que privilegia o saber técnico sobre o saber experiencial, negando a pluralidade de vozes e conhecimentos presentes no cuidado (50,51,177,191).

É nesse ponto que a Bioética da Proteção, proposta por Schramm, oferece um aporte conceitual essencial. Diferentemente da abordagem paternalista – que presume proteger “em nome” do paciente –, a Bioética da Proteção propõe proteger “com” o paciente, fortalecendo sua autonomia situada. Proteger é uma exigência ética que decorre da vulnerabilidade, entendida não como fraqueza, mas como condição humana fundamental que requer solidariedade e justiça distributiva. Essa abordagem desloca a noção de autonomia abstrata para uma autonomia relacional e contextual, reconhecendo que o exercício da liberdade depende de condições materiais e simbólicas de possibilidade – como acesso à informação, continuidade do cuidado, escuta ativa e vínculo profissional (23,24).

No caso das DCNT, o dever ético de proteção exige que o sistema de saúde garanta a integralidade da atenção, respeitando as singularidades dos sujeitos e suas trajetórias de vida. Isso implica que o profissional médico – especialmente na atenção básica – deve atuar não apenas como prescritor, mas como mediador ético entre o conhecimento técnico e a realidade concreta do paciente. Essa mediação inclui traduzir o saber biomédico para o contexto sociocultural, negociar planos de cuidado compatíveis com as condições de vida e fortalecer o paciente como agente do próprio processo terapêutico. Assim, a proteção ética se transforma em prática emancipatória, e não em tutela (23,24,87,88,177).

Entretanto, o que se observa na prática cotidiana do SUS é uma tensão constante entre o ideal de proteção e a realidade da escassez. A sobrecarga de demandas, a rotatividade de profissionais e a pressão institucional por produtividade reduzem o tempo de escuta e aprofundam o distanciamento entre médico e paciente. A falta de integração entre os níveis de atenção amplia a vulnerabilidade dos pacientes com DCNT, que ficam à mercê da burocracia e da fragmentação do sistema. Nessas condições, o “poder de proteger” se converte facilmente em “poder de excluir”, quando o profissional, movido por limites institucionais, passa a decidir quem será ouvido, quem terá prioridade ou quem merece continuidade do cuidado (71,72,87,88,94).

A Bioética da Proteção denuncia essa inversão: quando a vulnerabilidade é ignorada, o cuidado se desumaniza e o poder volta a se exercer de forma autoritária. O desafio ético, portanto, não está em negar o poder médico, mas em reorientá-lo para fins protetivos e emancipatórios, o que demanda formação ética, reflexão crítica e políticas públicas de apoio. Programas de educação permanente em saúde, por exemplo, podem incorporar princípios da bioética latino-americana, promovendo uma cultura de corresponsabilidade entre médicos e pacientes. Além disso, o fortalecimento da ESF e dos mecanismos de regulação interprofissional pode reduzir as hierarquias internas e favorecer a continuidade do cuidado (71,72,87,88).

Nesse sentido, a relação médico-paciente deve ser compreendida como um microcosmo das desigualdades estruturais do sistema de saúde. O paternalismo, a fragmentação e a hierarquização são expressões locais de um problema persistente global, que apenas será superado quando a bioética for incorporada como prática política de justiça e proteção. A integração entre a Bioética da Intervenção e a Bioética da Proteção oferece um caminho possível: intervir para transformar e proteger para empoderar. Em suma, o enfrentamento do poder médico-paciente como problema

persistente requer mais do que novos protocolos; requer a reconstrução ética das relações de cuidado, com base na solidariedade, na equidade e no reconhecimento mútuo entre profissionais e pacientes (9,20,21,23,24).

Do ponto de vista bioético, essa persistência do poder médico compromete princípios fundamentais como autonomia, justiça e beneficência. O paternalismo, embora frequentemente disfarçado de cuidado, transforma o paciente em receptor passivo, reduzindo-o à obediência. A desigualdade simbólica reforça a exclusão: quanto mais vulnerável o paciente – social, cultural ou economicamente –, maior a tendência de ser silenciado ou desconsiderado. Essa dinâmica reproduz um ciclo ético perverso, em que as iniquidades estruturais do sistema se manifestam nas micro-relações do cuidado. Em última instância, o poder médico-paciente torna-se um espelho da própria sociedade: autoritária, desigual e hierarquizada (50,51,178,191).

Esse movimento é a realidade dessa pesquisadora que vos fala. Várias vezes durante o meu trabalho na USF e como pesquisadora de sistemas de saúde, aliado aos estudos em bioética ficou evidente de como essas iniquidades são mantenedoras da ordem de poder estabelecida. Os profissionais, muitas vezes, evitam essa auto-reflexão pois abrir mão do poder não é um lugar confortável, inclusive é contra-hegemônico. A BI propõe, portanto, que a superação desse problema requer ação ética transformadora, e não apenas reflexão. É preciso deslocar o centro da bioética do indivíduo abstrato para o sujeito concreto, situado historicamente. Isso implica promover a redistribuição do poder no cuidado, valorizando o saber do paciente, a escuta ativa, o diálogo e a co-construção das decisões clínicas. A transformação da relação médico-paciente exige também mudanças na formação profissional, que deve incluir conteúdos de ética crítica, determinantes sociais da saúde e práticas de comunicação empática. Assim, o enfrentamento do poder médico-paciente como problema persistente não é apenas uma questão moral, mas um desafio ético-político, que convoca o compromisso da bioética com a justiça, a emancipação e a dignidade humana.

5.2 CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A B.I. nasceu como resposta crítica ao principalismo liberal hegemônico, ao propor que a reflexão bioética deve orientar-se prioritariamente por problemas estruturais e persistentes – aquelas injustiças sanitárias que não cedem simplesmente com alterações técnicas ou protocolos, porque estão enraizadas em relações de

poder, histórico de exclusão e arranjos institucionais desiguais. Volnei Garrafa e colaboradores definiram a B.I. como uma bioética “dura” (hard bioethics) que defende intervenções concretas em favor de populações periféricas, propondo tratar desigualmente os desiguais em nome da equidade e transformando a bioética em instrumento de política pública e de justiça social (1). Essa perspectiva desloca o foco do “dilema clínico isolado” para o problema per sistente – por exemplo, a reprodução contínua de baixa adesão terapêutica em populações com DCNT, não por incompetência individual, mas por fatores sociais, comunicação precária entre níveis de atenção, e estruturas que perpetuam dependência e exclusão (9,20,21,189).

Chamar a relação médico-paciente de problema persistente, significa reconhecer que a assimetria de poder não é apenas um defeito comunicacional corrigível com uma “boa conversa”: é um padrão social e institucional sustentado por mecanismos históricos (colonialidade do saber), por regimes de formação profissional e por incentivos organizacionais que valorizam a técnica e a especialização em detrimento do cuidado longitudinal e contextualmente sensível. Em outras palavras, a persistência decorre de uma combinação de fatores epistemológicos (quem detém o saber legítimo), econômicos (incentivos por procedimentos e tecnologia) e culturais (prestígio social do especialista) – fatores que continuam a reproduzir desigualdades mesmo quando se proclamam valores de autonomia e humanização. Estudos comparativos mostram que sistemas onde a atenção primária atua efetivamente como coordenadora e há canais formais de comunicação entre níveis apresentam menores rupturas no seguimento de DCNT; por outro lado, onde prevalece fragmentação e dominação do poder médico, pacientes fragmentam trajetórias, acumulam exames redundantes e experimentam piora clínica e insatisfação (34,35,50,51,87,88,190).

A Bioética da Proteção acrescenta um componente normativo essencial a essa crítica: não basta diagnosticar vulnerabilidade; é necessário instituir deveres concretos de proteção que corrijam desequilíbrios de poder e viabilizem a autonomia real. Proteção, aqui, é entendida como provisão de condições (informação compreensível, continuidade assistencial, acesso a recursos sociais, tempo de escuta clínica) que tornam possíveis decisões informadas e corresponsáveis. Em termos práticos para DCNT, a proteção traduz-se em medidas como garantia de contrarreferência efetiva, acesso regular a medicamentos essenciais, oferta de educação em saúde contextualizada e tempo clínico suficiente para negociação de planos de autocuidado

compatíveis com a realidade do paciente – medidas que são tanto éticas quanto operacionais (23,24,177).

Enquanto Garrafa e Porto oferecem um diagnóstico macro (injustiça estrutural e necessidade de intervenção pública) e argumentam por prioridades distributivas, Schramm operacionaliza a resposta por meio do princípio da proteção, que exige ação estatal e institucional para criar condições de autonomia. Revisões sobre atenção primária e DCNT no Brasil e em outros contextos corroboram que intervenções organizacionais (e.g., fluxos de referência/contrarreferência claros, prontuário compartilhado, consultas de seguimento programadas) reduzem internações por condições sensíveis à atenção primária e melhoram adesão – resultados que validam empiricamente a aposta da BI e da bioética da proteção em intervenções estruturais e processuais. No entanto, a literatura também mostra limites práticos: programas bem-intencionados fracassam quando esbarram em governança frágil, falta de recursos humanos ou de incentivos para continuidade – o que confirma que a transformação ética requer capacidades institucionais robustas, não só mudanças discursivas (9,20,21,71,72,78).

No terreno cotidiano do cuidado a pacientes com DCNT, a disputa de poder produz efeitos concretos e recorrentes que ilustram o caráter persistente do problema. Três exemplos práticos, bem documentados na literatura qualitativa e em avaliações de serviços, ajudam a tornar o argumento empiricamente sólido: a contradição terapêutica de um paciente com diabetes que recebe orientações divergentes entre o endocrinologista da atenção secundária (foco em insulinização e tecnologia) e o médico de família (foco em ajuste de hábitos e realidade social), o que gera confusão e abandono terapêutico. Outro exemplo é a duplicidade e atraso de exames na ausência de sistemas integrados de regulação, no qual o paciente repetidamente realiza exames já feitos por outro nível de atenção, incorrendo em custos, atrasos diagnósticos e exposição a procedimentos desnecessários porque seus médicos de diferentes níveis não confiam no diagnóstico ou na interpretação do colega referente a algum exame específico ou até mesmo dependem da fala do paciente para contar a conduta ou a opinião do outro profissional de saúde porque não foram utilizados os mecanismos institucionais para repassar essas informações. Por fim, o silenciamento da experiência vivida que são os profissionais que desvalorizam narrativas do paciente sobre barreiras econômicas, alimentação e apoio familiar com prescrições em planos impraticáveis – resultando em baixo engajamento. Esses padrões são

relatados em estudos brasileiros e internacionais sobre DCNT, e associam-se a piores desfechos clínicos e maior utilização hospitalar desnecessária (182,190,191).

A análise crítica entre artigos revela convergências e tensões metodológicas importantes. Converge-se quanto à necessidade de fortalecer APS, integrar cuidados e adotar intervenções estruturais (com evidências de redução de hospitalizações e melhor controle de DCNT). Contudo, diverge-se na ênfase: estudos orientados por gestão e serviços focam em instrumentos (prontuário eletrônico, protocolos, teleconsulta) enquanto a B.I. insiste que tais instrumentos serão insuficientes se não redirecionarem poder e se não vierem acompanhados de mudança cultural e redistribuição de recursos. Autores que procedem de abordagens qualitativas enfatizam a dimensão relacional e simbólica do poder (prestígio, reconhecimento profissional), fatores que tecnologias por si só não corrigem. Portanto, a proposta integradora que surge da literatura crítica é dupla: medidas técnicas de integração + intervenção ética-política para transformar relações de valor e redistribuir autoridade no cuidado (9,20,50,177).

A partir desse diagnóstico, seguem proposições éticas e políticas — pragmáticas, articuladas à B.I. e à bioética da proteção — destinadas a reduzir a persistência do poder médico sobre pacientes com DCNT no SUS. Estas proposições são desenhadas de modo que possam ser operacionalizadas por gestores, equipes e educadores. A redefinição de indicadores de qualidade com a inclusão de métricas que valorizem continuidade e coordenação (ex.: taxa de contrarreferência efetiva, tempo médio de escuta em consulta de APS, percentual de planos terapêuticos co-construídos) e vinculá-las a financiamentos ou incentivos para equipes. Isso desloca recompensas do mero procedimento técnico para o cuidado longitudinal. Além de guias clínicos, instituir rotinas que verifiquem condições sociais (segurança alimentar, renda, suporte familiar) no momento da prescrição, com conexão direta a serviços sociais ou programas de apoio, tal como exige a bioética da proteção. A proteção institucional prevê que a prescrição seja viável no contexto do paciente. A melhora na formação ética e cultural dos currículos para integrar nos cursos e na educação continuada módulos sobre B.I., proteção, vulnerabilidade, negociação clínica e reconhecimento epistemológico do saber popular. Isso reduz vieses epistêmicos e melhora a capacidade dos médicos de negociar planos realistas com pacientes com DCNT (20,21,23,24,87,88,177).

Outra estratégia é fortalecer a coordenação tecnológica, mas com governança democrática, realizando a implementação de prontuários compartilhados e linhas de comunicação entre níveis, mas com comitês locais que incluam representantes da comunidade e usuários com DCNT para monitorar sua efetividade e equidade – medida que traduz a intervenção bioética em governança participativa (71,72,190).

O fomento de políticas de valorização da APS e redistribuição de recursos humanos com remuneração justa, carga horária que permita consultas mais longas e estabilidade profissional diminuem rotatividade e fortalecem vínculo, elemento crítico para proteção e para o manejo das DCNT. A literatura mostra que atenção primária sólida reduz hospitalizações evitáveis e a implementação de mecanismos de responsabilização ética institucional com a criação de instâncias de deliberação ética em redes de cuidado (com bioconselhos locais, participação comunitária e monitoramento de violações ao dever de proteção) para enfrentar casos em que as práticas clínicas reproduzem exclusão. Essa medida operacionaliza a B.I. como prática de governança (23,24,78,88,89).

Essas proposições não são apenas técnicas: são normativas. A B.I. e a Bioética da Proteção nos lembram que transformar relações de poder implica redirecionar vontades políticas, modificar formação profissional e reconfigurar incentivos institucionais. A evidência empírica indica que intervenções isoladas (por ex., implantação de teleconsulta) reduzem lacunas pontuais, mas fracassam em alterar o padrão relacional que faz do poder médico um problema persistente – isto é, repetirão a lógica da medicalização se não vierem acompanhadas por ações de redistribuição de poder e proteção social (9,20,21,23,24,50).

Por fim, a integração entre B.I. e Bioética da Proteção produz um horizonte ético-prático: a ética como política de cuidado. Para pacientes com DCNT no SUS, isso significa passar da retórica da autonomia formal para a prática da autonomia efetiva, garantida por instituições que protejam, por profissionais formados para escutar e negociar, e por políticas que valorizem a continuidade e a equidade. Reconhecer o poder médico-paciente como problema persistente não é um diagnóstico pessimista: é uma convocação ética para intervir em estruturas que podem, e devem, ser transformadas (21,21,23,24).

Na atualidade sobre a B.I., posso destacar o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (Pronera), criado em 1998 pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), tem sido reconhecido como uma política pública que

expressa de maneira exemplar os fundamentos da bioética da intervenção e da bioética da proteção, ambas comprometidas com a redução das desigualdades estruturais que limitam o acesso aos direitos humanos, como educação e saúde. A B.I. e a bioética da proteção caracterizam o Pronera como política simultaneamente interventiva e protetiva, atuando sobre determinantes sociais da educação e da saúde que historicamente reproduzem desvantagens no campo brasileiro (20,21,189).

O caráter formativo do Pronera também se articula à tradição da educação popular, especialmente à pedagogia freireana. Para Freire (43), a educação é um ato político que só se realiza plenamente pela dialogicidade, pelo reconhecimento dos saberes locais e pela problematização crítica da realidade. Essa perspectiva é incorporada pelo Pronera ao estruturar processos pedagógicos que visam não apenas à escolarização, mas ao fortalecimento da autonomia, da consciência crítica e da participação política dos sujeitos do campo. Ao promover esse tipo de formação, o programa contribui para romper com a lógica verticalizada da educação tradicional, aproximando-se de uma prática decolonial, entendida como a desconstrução de epistemologias hegemônicas que marginalizam saberes, modos de vida e racionalidades não urbanocêntricas (125,126). Desse modo, o Pronera opera como mecanismo de transferência de poder epistêmico e político: desloca o centro da produção legítima de conhecimento, reconhece epistemologias rurais e valoriza sujeitos historicamente subalternizados (14,34,43,126,168).

Essa articulação ética também permite compreender o Pronera como uma ferramenta de enfrentamento a outra categoria da B.I. que são os problemas sanitários persistentes, uma vez que desigualdades educacionais se traduzem em desigualdades no acesso a serviços de saúde, na fixação de profissionais e nos indicadores de morbimortalidade. Desenvolver capacidades locais – por meio da formação crítica de jovens e adultos do campo – constitui uma forma de proteção coletiva, coerente tanto com a bioética da intervenção quanto com a bioética da proteção, pois amplia a autonomia comunitária e fortalece a participação social na construção de políticas públicas (23,24,187,188).

Nesse sentido, a discussão contemporânea sobre a criação de uma nova turma de Medicina na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Campus Caruaru, pode ser interpretada à luz dessa base ética. A interiorização da formação médica é uma estratégia reconhecida para reduzir desigualdades territoriais em saúde e melhorar a fixação de profissionais em regiões historicamente desassistidas. Assim como o

Pronera, a expansão da oferta de vagas no interior do Estado pode constituir um mecanismo de transferência de poder ao democratizar o acesso ao ensino superior e favorecer que estudantes do Agreste e de áreas rurais ingressem em uma carreira historicamente concentrada em grandes centros urbanos. Se orientada pelos princípios da educação popular e pela sensibilidade territorial que caracteriza o Pronera, essa iniciativa pode promover currículos mais contextualizados, fortalecer metodologias participativas e contribuir para a formação de médicos comprometidos com a realidade socioeconômica da região, rompendo com padrões decoloniais que estruturam as profissões da saúde (42,126,168).

Dessa forma, a criação de uma nova turma de Medicina em Caruaru pode ser compreendida como um ato ético de responsabilidade social e justiça territorial, especialmente se inspirada na lógica protetiva e emancipatória do Pronera. Ao integrar os princípios da bioética da intervenção, da proteção, da educação popular e das práticas decoloniais, tal decisão institucional contribui para transformar determinantes sociais da saúde, fortalecer a autonomia regional e ampliar a capacidade dos territórios de produzir soluções para seus próprios problemas sanitários, consolidando a universidade como agente ativo de desenvolvimento social (9,20,21,43).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta tese, buscou-se demonstrar que as relações de poder estabelecidas entre médicos de diferentes níveis de atenção à saúde não constituem um fenômeno periférico, circunstancial ou meramente organizacional, mas um elemento estruturante da forma como o cuidado em saúde é produzido, legitimado e distribuído. No contexto das DCNT, essa hierarquização assume contornos ainda mais graves, uma vez que o cuidado a essas condições exige, por definição, continuidade, articulação entre níveis, comunicação efetiva e responsabilização profissional. Estas dimensões mostraram-se profundamente fragilizadas quando atravessadas por disputas de poder, desconfianças epistêmicas e desvalorização sistemática da APS.

A análise desenvolvida permite afirmar que a hierarquia de poder entre médicos, ancorada na valorização do saber especializado, da alta densidade tecnológica e do hospital como espaço privilegiado de produção de verdade médica, produz efeitos éticos que extrapolam os limites das relações interprofissionais. Tais efeitos recaem, de forma direta e reiterada, sobre os pacientes com DCNT, que experimentam trajetórias de cuidado fragmentadas, interrupções no seguimento terapêutico, informações contraditórias, atrasos diagnósticos e terapêuticos, além da perda de vínculos e de referências assistenciais. Nesses itinerários, o paciente torna-se o elo mais frágil de uma cadeia marcada por assimetrias de poder que ele não controla, não escolhe e sobre as quais não exerce qualquer governança.

Sob a perspectiva da B.I. e da Bioética das Situações Persistentes, tais dinâmicas não podem ser compreendidas como falhas individuais ou desvios éticos pontuais, mas como expressões de problemas morais estruturais, historicamente naturalizados e politicamente tolerados. A hierarquização do poder médico revela-se, assim, como uma forma persistente de injustiça sanitária, que opera silenciosamente na produção do cuidado, reproduzindo desigualdades, vulnerabilidades e sofrimentos evitáveis, sobretudo entre populações socialmente mais precarizadas, que dependem exclusivamente do SUS e que convivem cotidianamente com condições crônicas de saúde.

A articulação com os estudos decoloniais permitiu aprofundar a compreensão desse fenômeno ao evidenciar que a hierarquia entre médicos não se limita a uma

disputa interna à profissão, mas se inscreve em um padrão mais amplo de colonialidade do saber e do poder. Nesse padrão, determinados conhecimentos são reconhecidos como superiores, universais e legítimos, enquanto outros são desqualificados, invisibilizados ou considerados de menor valor científico. Tal lógica colonial atravessa a formação médica, os currículos, as políticas públicas, os modelos de financiamento e os imaginários sociais, produzindo uma medicina que hierarquiza não apenas saberes, mas também profissionais, serviços e, em última instância, vidas.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa que orientou esta tese – se a hierarquização de poder entre médicos estaria relacionada a prejuízos ao cuidado longitudinal aos pacientes com DCNT a ponto de configurar um problema bioético – encontra resposta afirmativa. A hierarquia de poder entre médicos constitui, sim, um problema bioético, na medida em que compromete princípios fundamentais consagrados tanto no SUS quanto na DUBDH. Mais do que isso, trata-se de um problema que foi invisibilizado durante anos, nem sequer discutido no meio acadêmico de forma ampla provando o quão enraizado está essa normalização. Por isso, a necessidade urgente de mais pesquisas e estudos unindo essas temáticas e desafiando o paradigma que está posto para intervir sobre as estruturas que produzem e mantêm tais desigualdades.

Essas reflexões abrem questionamentos ético-políticos que permanecem em disputa e que merecem aprofundamento: como reconfigurar as relações entre médicos de diferentes níveis de atenção de modo a romper com a lógica hierárquica e colonial que estrutura o cuidado? Que transformações são necessárias na formação médica para que a APS deixe de ser percebida como espaço de menor prestígio e passe a ser reconhecida como locus de produção de saber complexo e estratégico? De que forma as políticas públicas, os modelos de financiamento e os dispositivos de gestão podem contribuir para reduzir – e não aprofundar – as assimetrias de poder entre níveis assistenciais?

Além disso, permanece a indagação sobre o papel das próprias instituições bioéticas diante dessas dinâmicas. Até que ponto a bioética clássica, enquanto campo acadêmico e político, tem sido capaz de reconhecer e enfrentar as hierarquias internas às profissões da saúde? Não estaria a bioética, em alguns momentos, reproduzindo silenciosamente as mesmas lógicas de poder que denuncia, ao priorizar conflitos

clínicos individuais em detrimento das estruturas que produzem sofrimento coletivo e persistente?

Por fim, esta tese não pretende oferecer soluções fechadas ou receitas normativas. Seu compromisso ético reside, sobretudo, em tornar visível um problema historicamente naturalizado, deslocando-o do campo do “inevitável” para o campo do “eticamente inaceitável”. Pretende também, trazer essas reflexões para os serviços de saúde com a elaboração de um relatório técnico com os principais enfoques e contribuições dos achados da tese. Todas essas reflexões, achados e críticas buscam contribuir para o fortalecimento da BI, comprometida com a transformação social, com a defesa do SUS enquanto projeto civilizatório e com a construção de práticas de cuidado que reconheçam, de forma radical, a dignidade, a complexidade e o direito à vida plena das pessoas que convivem com DCNT.

REFERÊNCIAS

1. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [data de publicação não informada]. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf (accessed 2024 Mar 04).
3. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? **Cien Saude Colet** [Internet]. 2018 Jun;23(6):1707–1714. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>
4. Malta DC, Silva AG, Gomes CS, Stopa SR, Oliveira MM, Sardinha LMV, et al. Monitoring the goals of the plans for coping with Chronic Non-Communicable Diseases: results of the National Health Survey, Brazil, 2013 and 2019. **Epidemiol Serv Saude**. 2022;31(Supl 1):e2021364.
5. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**. 2011;[dados de volume/número não informados]:61–74.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
8. Junges JR. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2009;13(29):285–295. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6dWymvRd67fRwFCMB3bBsbx/>
9. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editors. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [Internet]. 2nd ed rev enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 741–757. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0027>
10. Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Rev Bioet** [Internet]. 2015;23(2):277–284.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
13. Malta DC, et al. Indicadores da linha de cuidado de pessoas com diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Epidemiol Serv Saude**. 2022;31:e2021382.
14. Vázquez ML, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. **BMJ Open**. 2015;5(7):e007037.
15. Oliveira CRF, et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2019;35:e00119318.
16. Almeida HB, et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cad Saude Publica**. 2021;37:e00022020.
17. Lima SAV, et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**. 2015;25:635–656.
18. Mendes LDS, et al. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cad Saude Publica**. 2021;37:e00149520.
- 19- Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics**. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.-
- 20- Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de colo-
- 21- Garrafa V, Porto D. Intervenção bioética: uma proposta para países periféricos. **Rev Bioet**. 2005;13(1):5–16.-
- 22- Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saude Soc** [Internet]. 2011;20:287–299. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HFbxZhqrS7qcs46XDtjLmWm/>
- 23- Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos e proteção. **Cad Saude Publica**. 2001;17(4):949–956.
- 24- Schramm FR. A bioética de proteção: uma introdução. **Rev Bioet**. 2006;14(1):9–17.
- 25- Departamento de Análise de Referência da Biblioteca PPG. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Repositório de Teses e Dissertações [Internet]. Brasília:

Universidade de Brasília; [s.d.]. Available from: <https://ppgbioetica.unb.br/o-programa/dissertacoes-de-teses>

26- Cândido AM. **Bioética, poder e subjetivação: por uma bioética crítica aos modos históricos de enunciação dos sujeitos morais** [thesis]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética; 2021. 136 p.

27- Bello Urrego ADR. **La gestion moderne de la souffrance: généalogie du corps souffrant en Colombie** [thesis]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética; 2018. 252 f.

28- Oliveira CV. **Judicialização da medicina no Brasil: uma análise crítico-propositiva de um problema persistente sob a ótica da Bioética de Intervenção** [thesis]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética; 2017. 155 f.
doi:10.26512/2017.04.T.31962

29- Pereira GF. **Violência obstétrica: uma perspectiva de raça e classe social** [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social; 2018

30- Watson JFT. **Parições e partejares na história de Cavalcante-GO: epistemicídio, monocultura do parto e justiça reprodutiva** [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2022. 371 p.

31- de Aguiar Bonissoni NL, Piazza Noldin PH. O grande conflito: a mudança de paradigma na moderna relação médico-paciente. **Rev Bras Bioet** [Internet]. 2021 Jun 24 [cited 2026 Feb 03];16:1–18. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/31759>

32- Santos IL. Violência, Poder e Resistência: análises bioéticas à luz da fenomenologia. **Rev Bras Bioet** [Internet]. 2020 Jul 01 [cited 2026 Feb 03];15:1–19. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26328>

33- Cruz J. A relação médico-paciente na perspectiva de Pellegrino e Thomasma. **Rev Bras Bioet** [Internet]. 2014 Dec 19 [cited 2026 Feb 03];10(1-4):10–22. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7694>

34- Quijano A. Colonialidade e modernidade-racionalidade. 2005. Tradução de Nascimento WF. 2015. **[dados insuficientes: veículo/editor/local]**.

35- Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Buenos Aires: CLACSO; 2005.

36- Mignolo WD. **Local histories/global designs: coloniality, subaltern knowledges, and border thinking**. Princeton (NJ): Princeton University Press; 2000.

- 37- Mignolo WD. **Histórias locais/projetos globais: colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2003.
- 38- Dussel E. **Ética da libertação: na idade da globalização e da exclusão**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.
- 39- Lander E. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêtricos. In: Lander E, editor. **A colonialidade do saber**. Buenos Aires: CLACSO; 2005. p. 21–53.
- 40- Segato RL. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **e-cadernos CES**. 2012;(18):106–131.
- 41- Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003;17(5-6):399–416.
- 42- Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev Bioét*. 2005;13(1):125–34.
- 43- Freire P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1968.
- 44- Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). **Anais do XV Congresso Brasileiro de Bioética**. Brasília (DF): Sociedade Brasileira de Bioética; 2023. ISBN 978-65-89463-58-0.
- 45- Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7.^a ed. São Paulo: Atlas; 2019.
- 46- Severino AJ. **Metodologia do trabalho científico**. 24.^a ed. São Paulo: Cortez; 2017.
- 47- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.^a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- 48- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**. 2009;6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- 49- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
- 50- Foucault M. **Microfísica do poder**. 6.^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- 51- Foucault M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1987.
- 52- Illich I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- 53- Pellegrino ED, Thomasma DC. **For the patient's good: the restoration of beneficence in health care**. New York: Oxford University Press; 1988.

54- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). **Universal declaration on bioethics and human rights**. Paris: UNESCO; 2005.

55- Freidson E. **Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd, Mead & Company; 1970.

56- Bourdieu P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.

57- World Health Organization. The Global Health Observatory. Noncommunicable diseases: Mortality [Internet]. World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>

58- World Health Organization. Reducing risks and detecting early to prevent and manage noncommunicable diseases [Internet]. World Health Organization; 2023. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-ncds.pdf?sfvrsn=af5127e4_3&download=true

59- Malta DC, Pereira CA. Doenças e agravos não transmissíveis e inquéritos em saúde. **Rev Bras Epidemiol** [Internet]. 2023;26(Supl 1):e230001. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230001.supl.1.1>

60- World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Switzerland: WHO; 2005. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43314>

61- World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>

62- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet**. 2020;396(10258):1204–1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9

63- Malta D, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. 2021;24:1-15.

64- Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. **Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review**. London: The Marmot Review; 2010.

65- Solar O, Irwin A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization; 2010.

66- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

67- United Nations. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: United Nations; 2015.

- 68- Luciani S, Nederveen L, Martinez R, Caixeta R, Chavez C, Sandoval RC, et al. Noncommunicable diseases in the Americas: a review of the Pan American Health Organization's 25-year program of work. **Rev Panam Salud Publica** [Internet]. 2023;47:e13. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.13>
- 69- Pan American Health Organization (PAHO). **Renewing primary health care in the Americas: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas**. Washington (DC): PAHO/OPAS; 2010.
- 70- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. **Cien Saude Colet**. 2010;15:2297–2305
- 71- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad Saude Publica**. 2006;22(5):951–963.
- 72- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL, editors. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 493–562.
- 73- Pan American Health Organization (PAHO). **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Washington (DC): OPAS; 1964.
- 74- Fleury S, Ouverney M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
- 75- Lavras C. Atenção primária à saúde e organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc**. 2011;20(4):867–874.
- 76- Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS; 2011.
- 77- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saude Publica**. 2004;20(Suppl 2):331–336.
- 78- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**. 2011;377(9779):1778–1797. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8
- 79- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**. 2006 Feb 23.
- 80- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. 2010 Dec 31.
- 81- Brasil. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. 2011 Jun 28;Seção 1:[página não informada].

- 82- Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WDS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Cien Saude Colet**. 2016;21:843–852.
- 83- Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 2011;14:779–786.
- 84- Cecílio LCO. A construção das linhas de cuidado no SUS. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 117–138.
- 85- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. 2013 Feb 20.
- 86- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 1.º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. 2014 Apr 02.
- 87- Starfield B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. New York: Oxford University Press; 2002.
- 88- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**. 2005;83(3):457–502.
- 89- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 2006 Mar 28.
- 90- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 2011 Oct 24.
- 91- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 2017 Sep 22.
- 92- Melo EA, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saude Debate**. 2018;42:38–51.
- 93- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saude Debate**. 2018;42:11–24.
- 94- Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Saude Debate**. 2020;44(126):1005–1021. doi:10.1590/0103-1104202012620
- 95- Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saude Debate**. 2020;44(126):708–724. doi:10.1590/0103-1104202012609

96- Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Cien Saude Colet**. 2016;21:1499–1510.

97- Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

98- Mendes EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS; 2012.

99- Malta DC, Merhy EE. O trajeto da linha de cuidado na perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**. 2010;14(34):593–606.

100- Almeida S, França M, Melo L. **Racismo estrutural e saúde**. São Paulo: Pólen; 2021.

101- Almeida S, et al. Educação popular, lúdica e justiça social na saúde. **Interface (Botucatu)**. 2021;25:e210112.

102- Cavaleiro C, Schraiber LB, Nemes MIB. O trabalho em saúde e a produção do cuidado. **Cien Saude Colet**. 2010;15(Suppl 1):2509–2518.

103- Bruneau J, Zalla LC, Hébert PC, Daniels N. Structural injustice, health inequities, and ethical responsibilities in health systems. **Bioethics**. 2024;38(2):123–134. doi:10.1111/bioe.13245

104- Azeredo YN, Schraiber LB. Poder médico e produção do cuidado: reflexões a partir da prática clínica. **Cien Saude Colet**. 2016;21(9):2841–2850. doi:10.1590/1413-81232015219.19042015

105- Bates DW. Patient safety research: the need for better data. **Health Serv Res**. 2006;41(4 Pt 2):1699–1704. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00594.x

106- Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HGC. Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. **BMJ Open**. 2021;11(7):e043256. doi:10.1136/bmjopen-2020-043256

107- Brígido E. Michel Foucault: uma análise do poder. **Rev Dir Econ Socioambiental** [Internet]. 2013;4(1):56–75. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6172849.pdf>

108- Pogrebinschi T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova** [Internet]. 2004:179–201. Available from: <https://www.scielo.br/j/ln/a/p735HN4hVHwqvYYhZZQS4Pw/abstract/?lang=pt>

109- Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad Saude Publica** [Internet]. 2013;29:2287–2296. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6SwS6DJJkY6XFTk3fs/abstract/?lang=pt>

- 110- Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? **Cad Saude Publica** [Internet]. 1993;9:21–27. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S9QCwHdxPGcQYRhxHNF8LRm/?format=pdf&lang=pt>
- 111- Herrera C, Schramm FR, Palacios M. Relationship between physicians and HIV patients in Mexico: influence on treatment adherence and quality of life. **AIDS Care**. 2008;20(7):758–764. doi:10.1080/09540120701799878
- 112- Davis S, Oliffe JL, Kelly MT, Bottorff JL. “I am in other people’s hands as regards my health”: medical power and patient perspectives in clinical encounters. **Chronic Illn**. 2023;19(3):148–158. doi:10.1177/17423953211058422
- 113- Ergur A, et al. Medical specialisation as a field of power: market logics, boundary work and professional prestige. **Sociol Health Illn**. 2021;43(6):1205–1221.
- 114- Ferla AA, Oliveira PTR, Lemos FC. A construção histórica da autoridade médica e suas implicações para o SUS. **Interface (Botucatu)**. 2019;23:e180579.
- 115- Herrera C, et al. Paternalism, adherence and quality of life in chronic illness care. **Patient Educ Couns**. 2018;101(4):679–685.
- 116- Davis K, et al. Physician–patient communication and power dynamics in chronic disease management. **J Health Serv Res Policy**. 2019;24(3):180–188.
- 117- Ferreira JR, et al. Organização institucional e hierarquias profissionais na atenção à saúde. **Cad Saude Publica**. 2019;35(7):e00084518.
- 118- Morin E. **Introduction à la pensée complexe**. Paris: ESF; 1990.
- 119- Deleuze G, Guattari F. **Qu’est-ce que la philosophie?** Paris: Minuit; 1991.
- 120- Arendt H. **The human condition**. Chicago: University of Chicago Press; 1958.
- 121- Schramm FR, Kottow M. Bioethics of protection: concept and applications. **Rev Bras Bioet**. 2003;1(1):17–34.
- 122- Arendt H. **Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil**. New York: Viking Press; 1963.
- 123- Weber M. **Economy and society: an outline of interpretive sociology**. Berkeley: University of California Press; 1978.
- 124- Meneses MP. Epistemologias do Sul. **Rev Crítica Ciênc Soc**. 2008;(80):5–10
- 125- Quijano A. Coloniality of power, eurocentrism and Latin America. **Nepantla**. 2000;1(3):533–580.
- 126- Walsh C. **Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época**. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2009
- 127- Stoecklé HC. Bioethics after COVID-19: inequality, vulnerability and intervention ethics. **Bioethics**. 2022;36(6):611–620.

- 128- Matos G. Bioética da intervenção e pandemia: desigualdades, Estado e justiça social. **Rev Bras Bioet.** 2022;18:e2022006.
- 129- Possamai MA. Bioética da intervenção e bioética da proteção: aproximações teóricas contemporâneas. **Saude Soc.** 2022;31(3):e220142
- 130- Martins RA. O que é a ciência, do ponto de vista da epistemologia? **Caderno de Metodologia e Técnica de Pesquisa.** 1999;(9):5–20.
- 131- Canguilhem G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
- 132- Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Hucitec; 2002.
- 133- Schraiber LB. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: Hucitec; 1993.
- 134- Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. **Hastings Cent Rep.** 1972;2(3):5–7.
- 135- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA.** 1992;267(16):2221–2226.
- 136- Navarro V. **Medicine under capitalism.** New York: Prodist; 1976.
- 137- Rosen G. **A history of public health.** Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993/1994.
- 138- Donnangelo MCF. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** São Paulo: Pioneira; 1975.
- 139- Conrad P, Schneider JW. **Deviance and medicalization: from badness to sickness.** St. Louis: Mosby; 1980.
- 140- Pedrosa LAC. Ética da alteridade e respeito à autonomia na relação médico-paciente. **Direito Unifacs.** 2016;(187):86–106.
- 141- Levinas E. **Totalidade e infinito.** Lisboa: Edições 70; 1988.
- 142- Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2003.
- 143- Potter VR. **Bioethics: bridge to the future.** Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
- 144- Aguiar M. **Autonomia, vulnerabilidade e tomada de decisão em saúde.** São Paulo: Loyola; 2013.
- 145- Bauman Z. **Modernidade líquida.** Rio de Janeiro: Zahar; 2001.

- 146- Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM n.º 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**. 2012.
- 147- Han BC. **Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder**. Belo Horizonte: Âyiné; 2015.
- 148- Anderson J, Honneth A. Autonomy, vulnerability, recognition, and justice. In: Christman J, Anderson J, editors. **Autonomy and the challenges to liberalism**. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- 149- Honneth A. **The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts**. Cambridge: Polity Press; 1995.
- 150- Engelhardt HT Jr. **The foundations of bioethics**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- 151- Gert B. **Common morality: deciding what to do**. New York: Oxford University Press; 2004.
- 152- Conselho Federal de Medicina (BR). **Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 2.217/2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília: CFM; 2019.
- 153- Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.
- 154- Porter R. **The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity**. London: HarperCollins; 1997.
- 155- Taylor C. **Sources of the self: the making of the modern identity**. Cambridge: Harvard University Press; 1989.
- 156- Percival T. **Medical ethics: a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons**. Manchester: S. Russell; 1803.
- 157- Faden RR, Beauchamp TL. **A history and theory of informed consent**. New York: Oxford University Press; 1986.
- 158- Carapinheiro G. Do bio-poder ao poder médico. **Estudos do Século XX** [Internet]. 2005;(5):383–401. Available from: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15113/1/Carapinheiro%202005%20383-398%281%29.pdf>
- 159- Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. **Interface (Botucatu)**. 2003;7(12):169–170.
- 160- Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico paciente? **Cad Saude Publica** [Internet]. 1993;9:21–27. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S9QCwHdxPGcQYRhXHNF8LRm/?format=pdf&lang=pt>
- 161- Jehn KA, Mannix EA. The dynamic nature of conflict: a longitudinal study of intragroup conflict and group performance. **Acad Manage J**. 2001;44(2):238–251.

- 162- Amason AC, Sapienza HJ. The effects of top management team size and interaction norms on cognitive and affective conflict. **J Manage**. 1997;23(4):495–516.
- 163- Costa DT, Martins JT, Pereira LS, Polydoro AM. Estresse em profissionais de enfermagem: efeitos do conflito no grupo e das bases de poder do médico. **Rev Esc Enferm USP**. 2011;45(5):988–96.
- 164- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Desafio da formação dos profissionais de saúde e o SUS: uma proposta político-ética. **Interface**. 2004;8(14):21-34.
- 165- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. 2001.
- 166- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**. 2015;372(23):2177–2181.
- 167- Saltman RB, Figueras J. **European health care reform: analysis of current strategies**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1997.
- 168- Walsh C. **Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir**. Tomo I. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2013.
- 169- Carneiro, AS. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Acesso em: 09 fev. 2026)
- 170- Breilh J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 171- Conselho Federal de Medicina; Universidade de São Paulo. **Demografia Médica no Brasil 2023**. Brasília (DF): CFM; 2023.
- 172- Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM n.º 1.232, de 11 de outubro de 1986. Reconhece Medicina Geral Comunitária como especialidade médica. **Diário Oficial da União**. 1986.
- 173- Joo JY, Liu MF. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: a systematic review. **Nurs Open**. 2023;10(6):3460–3473. doi:10.1002/nop2.1607
- 174- Nascimento A, Martorell C. Saúde, racismo institucional e direitos humanos. **Saude Soc**. 2013;22(3):936–947.
- 175- Bento MA. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone I, Bento MA, organizadoras. **Psicologia social do racismo**. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 25–58.
- 176- Flexner A. **Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. New York: Carnegie Foundation; 1910.

- 177- Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**. 2004;8(14):73–92.
- 178- Gonçalves RS, Ribeiro AA, Silva Júnior H. Políticas de ação afirmativa e tensões curriculares no ensino superior em saúde. **Rev Bras Educ**. 2019;24:e240039.
- 179- Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos processos de atenção à saúde indígena. **Cad Saude Publica**. 2007;23(4):915–924.
- 180- Silva Júnior AG, Costa EA, Mendonça AVM. Atenção primária e desigualdades regionais no Brasil. **Cien Saude Colet**. 2020;25(5):1841–1852.
- 181- Santos MA, Silva RM, Costa JL. Desafios da coordenação do cuidado na atenção primária na Amazônia brasileira. **Saude Debate**. 2021;45(130):1024–1037.
- 182- Rosa TB. O poder em Bourdieu e Foucault: considerações sobre o poder simbólico e o poder disciplinar. **Rev Sem Aspas**. 2017:3–12.
- 183- Viniegra-Velázquez L. Educare ou educere: modelos pedagógicos e formação em saúde na América Latina. **Educ Saude**. 2021;39(2):e210045.
- 184- Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude Soc**. 2016;25(3):535–549.
- 185- Mignolo W. Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. **Theory Cult Soc**. 2009;26(7-8):159–181.
- 186- Brasil. Lei n.º 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais. **Diário Oficial da União**. 2012 Aug 30.
- 187- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). **Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA): manual de operações**. Brasília: INCRA; 2001.
- 188- Porto D. **Bioética e qualidade de vida: desigualdades sociais e justiça sanitária**. Brasília: Editora UnB; 2012.
- 189- Pellegrino ED, Thomasma DC. **The virtues in medical practice**. New York: Oxford University Press; 1993.
- 190- Wranik WD, Haydt SM. Integrated care delivery: physician coordination across levels of care. **Health Policy**. 2018;122(4):374–381.
- 191- Deslandes SF. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Quadro resumo dos artigos selecionados pela revisão sistemática realizada, com base no método PRISMA.

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
1	Almeida, HB de, et al	As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção	2021	Português	Cad. Saúde Pública (Online)	Brasil	LILACS	O estudo objetiva compreender a influência das relações comunicacionais entre os profissionais da rede de atenção à saúde na coordenação entre níveis assistenciais. Estudo qualitativo com dados de pesquisa multicêntrica internacional Equity-LA II, utilizando o referencial teórico da hermenêutica dialética. Escutaram-se áudios de 15 entrevistas a profissionais (7 médicos da atenção primária e 5 da atenção especializada e de 3 apoiadores institucionais da atenção primária) de uma rede municipal no agreste pernambucano, Brasil, em 2016. As categorias mistas foram submetidas à análise de conteúdo. Revelou-se o não reconhecimento da atenção primária como ordenadora do cuidado por quase todos os profissionais e a percepção sobre a coordenação do cuidado desvelou obstáculos relacionados aos desencontros em estabelecer relações dialógicas. O saber sobre o papel do médico da atenção primária é incompleto e sua práxis vista com desconfiança por especialistas, a recíproca não ocorrendo. Percebeu-se uma relação interpessoal não dialógica, pautada na	O estudo de Almeida et al. (2021) demonstra que a coordenação do cuidado entre médicos da Atenção Primária (APS) e da Atenção Especializada (AE) é profundamente marcada por relações de poder assimétricas, o que dialoga diretamente com o foco do seu doutorado sobre o cuidado às DCNT. Os autores evidenciam que especialistas tendem a desvalorizar a prática dos médicos da APS, gerando falta de diálogo, fragilidade na contrarreferência e obstáculos à continuidade do cuidado — elementos críticos para o manejo de condições crônicas que exigem cooperação interprofissional constante. A análise hermenêutico-dialética revela que a comunicação entre níveis é frequentemente estratégica e hierarquizada, e não dialógica, impedindo acordos clínicos compartilhados e consolidando dependências que comprometem a integralidade e a coerência terapêutica. Assim, o artigo reforça que desigualdades de poder são determinantes estruturais na fragmentação

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								relação assimétrica refletida na postura autoritária do especialista e de inferioridade dos médicos da atenção primária. A base do agir comunicativo refere-se às pretensões de validade e não de poder, que é externo à linguagem, e impossibilita a discussão de razões e argumentos. Evidenciou-se pouca disponibilidade ao diálogo e ao reconhecimento recíproco entre os envolvidos, com interdição da situação comunicativa, em que há simetria de participação. Os resultados revelaram fragilidades comunicacionais, sendo necessárias estratégias que permitam o alcance do entendimento comunicativo entre os profissionais, promovendo o seguimento satisfatório entre níveis assistenciais.	do cuidado às DCNT e precisam ser compreendidas para o fortalecimento das redes de atenção.
2	Averbuch, Tauben et al	Systematic review of academic bullying in medical settings: Dynamics and consequences	2021	English	BMJ Publishing Group	Reino Unido	Scopus	Objetivo. Caracterizar a dinâmica e as consequências do bullying em ambientes médicos acadêmicos, relatar fatores que promovem o bullying acadêmico e descrever potenciais intervenções. Design Revisão sistemática. Fontes de dados Buscamos no EMBASE e no PsycINFO artigos publicados entre 1º de janeiro de 1999 e 7 de fevereiro de 2021. Seleção de estudos Incluímos estudos conduzidos em ambientes médicos acadêmicos nos quais as vítimas eram consultores ou estagiários. Os estudos tiveram que descrever comportamentos de bullying; os perpetradores ou vítimas; barreiras ou facilitadores; impacto ou	O artigo de Averbuch et al. (2021) contribui de forma relevante para a compreensão das dinâmicas de poder médico que você investiga em sua revisão de literatura sobre o cuidado às DCNT. A revisão sistemática demonstra que comportamentos abusivos e assimétricos — caracterizados como academic bullying — estão profundamente enraizados nas estruturas hierárquicas da medicina, afetando desde estudantes até consultores. Esses comportamentos, exercidos majoritariamente por médicos em posições superiores, evidenciam como autoridade e controle são distribuídos de

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								intervenções. Os dados foram avaliados independentemente por dois revisores. Resultados Incluímos 68 estudos representando 82.349 entrevistados. Os estudos descreveram o bullying acadêmico como o abuso de autoridade que impediu a educação ou carreira da vítima por meio de comportamentos punitivos que incluíam excesso de trabalho, desestabilização e isolamento em ambientes acadêmicos. Entre 35.779 indivíduos que responderam sobre padrões de bullying em 28 estudos, o mais comumente descrito (38,2% dos entrevistados) foi o excesso de trabalho. Entre 24.894 indivíduos em 33 estudos que relataram o impacto, o mais comum foi o sofrimento psicológico (39,1% dos entrevistados). Consultores foram os agressores mais comuns identificados (53,6% de 15.868 entrevistados em 31 estudos). Entre os grupos demográficos, os homens foram identificados como os agressores mais comuns (67,2% de 4.722 entrevistados em 5 estudos) e as mulheres as vítimas mais comuns (56,2% de 15.246 entrevistados em 27 estudos). Apenas uma minoria das vítimas (28,9% de 9.410 vítimas em 25 estudos) relatou o bullying, e a maioria (57,5%) não percebeu um resultado positivo. Os facilitadores do bullying incluíram a falta de aplicação de políticas institucionais (relatadas em 13 estudos),	maneira desigual, produzindo efeitos sobre comunicação, autonomia profissional e capacidade de colaboração — todos elementos essenciais para o manejo coordenado das DCNT entre diferentes níveis de atenção. Ao mostrar que o abuso de autoridade, a desqualificação do trabalho alheio, a sobrecarga e a exclusão são práticas normalizadas em ambientes acadêmicos e clínicos, o estudo ilumina mecanismos estruturais que também sustentam dificuldades de integração entre Atenção Primária e Especializada. Dessa forma, o artigo reforça que a eficácia do cuidado às DCNT depende não apenas de protocolos clínicos, mas da superação de desbalanços de poder que comprometem o diálogo, a continuidade do cuidado e a construção de planos terapêuticos compartilhados.

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								estruturas de poder hierárquicas (7 estudos) e normalização do bullying (10 estudos). Estudos que testaram a eficácia de intervenções antibullying apresentaram alto risco de viés. Conclusões O bullying acadêmico comumente envolvia excesso de trabalho, tinha um impacto negativo no bem-estar e não era tipicamente relatado. Os agressores eram mais comumente consultores e homens em todos os estágios de carreira, e as vítimas eram geralmente mulheres. São necessários ensaios metodologicamente robustos de intervenções antibullying. Limitações: A maioria dos estudos (40 de 68) apresentou risco de viés pelo menos moderado. Todas as intervenções foram testadas em estudos não controlados do tipo antes e depois. © 2021 Elsevier B.V., Todos os direitos reservados.	
3	Azeredo, YN	Medical power and the crisis in bonds of trust within contemporary medicine	2016	Inglês	Salud Colect	Argentina	PubMed	Com base no contexto brasileiro, neste artigo abordamos o poder médico em termos dos conflitos atuais nas relações intersubjetivas que os médicos estabelecem em seu trabalho, conflitos considerados aqui como produto de uma crise de confiança vinculada a mudanças históricas recentes na prática médica. Interpretando esses conflitos como questões de ordem ética e moral, nos baseamos nas formulações teóricas de Hannah Arendt para analisar essa crise de confiança com maior	O artigo de Azeredo e Schraiber (2016) oferece uma contribuição teórica central para compreender as relações de poder que estruturam a prática médica contemporânea, dialogando diretamente com o seu estudo sobre interações entre médicos da Atenção Primária e Especializada no cuidado às DCNT. As autoras demonstram que o poder médico, historicamente construído sobre autoridade técnica, autonomia profissional e confiança, encontra-se em crise devido à

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								profundidade. Assim, com base nos conceitos arendtianos de "crise", "tradição", "poder", "autoridade" e "natalidade", interpretamos esses conflitos com novos significados, possibilitando caminhos futuros e novas soluções que evitem a nostalgia do passado. Palavras-chave: Poder Profissional, Humanização da Atenção, Ética Médica, Humanidades	transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, o que reconfigura profundamente as interações entre profissionais e produz tensões éticas e morais. No contexto das redes de atenção às DCNT — que dependem intensamente de coordenação, comunicação e reconhecimento mútuo entre níveis assistenciais — essa crise se expressa na fragilidade dos vínculos de confiança, na hierarquização do conhecimento e na tendência à substituição do diálogo clínico pela mediação tecnológica. Tais transformações favorecem práticas autoritárias, disputas por legitimidade e perda de referência intersubjetiva, elementos que ajudam a explicar a persistente dificuldade de integração entre APS e especialistas na gestão das DCNT. Assim, o artigo fundamenta teoricamente a sua pesquisa ao evidenciar que a fragmentação do cuidado é indissociável de dinâmicas de poder que atravessam o campo médico e moldam tanto o posicionamento dos profissionais quanto a produção do cuidado em saúde.
4	Bates BR	Care of the self and American physicians' place in the "war on terror": a Foucauldian	2006	Inglês	J Med Philos	USA	PubMed	Médicos americanos estão cada vez mais preocupados com a perda do controle profissional. Outros analistas do poder médico argumentam que os médicos têm poder excessivo. Este ensaio argumenta que as análises atuais se baseiam em uma	O artigo de Bates (2006) oferece uma contribuição teórica importante para compreender as dinâmicas de poder que atravessam a prática médica, dialogando diretamente com o tema do seu doutorado sobre as relações de poder entre médicos

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
		reading of senator Bill Frist, MD						leitura estruturalista do poder. Utilizando o "cuidado de si" de Michel Foucault e a "retórica crítica" do retórico Raymie McKerrow, este ensaio afirma que o poder médico é melhor compreendido como uma forma pela qual os atores médicos assumem o poder por meio da retórica, em vez de uma força que exerce poder sobre os atores médicos. Por meio de uma leitura atenta de um ensaio do senador Bill Frist, este artigo argumenta que os médicos vivenciam um processo de "sujeição" no qual são tanto agentes quanto objetos do poder médico, combinado com o poder estatal e corporativo na "guerra ao terror" americana. Esse modo alternativo de analisar o poder médico tem implicações para nossa compreensão coletiva de suas operações e os meios pelos quais propomos representações alternativas do poder médico.	da Atenção Primária e Especializada no cuidado às DCNT. A partir de Foucault, o autor critica leituras estruturalistas que tratam o poder médico apenas como dominação e propõe entender o poder como subjetivação, isto é, como um processo pelo qual os próprios médicos incorporam práticas e discursos que moldam sua identidade profissional e sua atuação. Essa perspectiva é altamente relevante para analisar as interações entre diferentes níveis de atenção, pois evidencia como médicos podem simultaneamente exercer e sofrer efeitos de poder, reproduzindo hierarquias profissionais, legitimando certas formas de saber e disciplinando suas condutas de modo a se alinhar às normas institucionais e políticas. No contexto das DCNT — que exigem coordenação contínua, cooperação clínica e decisões compartilhadas — essa abordagem ajuda a explicar como médicos da APS e AE assumem posições de maior ou menor autoridade não apenas por estrutura organizacional, mas por práticas discursivas que legitimam determinados modos de agir e desqualificam outros. Assim, o artigo sustenta que compreender o cuidado às DCNT requer analisar não apenas quem detém poder, mas como práticas e discursos produzem sujeitos

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
									médicos hierarquizados, influenciando comunicação, coordenação e autonomia clínica entre níveis assistenciais.
5	Bell SK	Student voices in Readers' Theater: exploring communication in the hidden curriculum	2010	Inglês	Patient Educ Couns	Irlanda	PubMed	Objetivo: Durante os anos de internato, os alunos frequentemente descobrem um desalinhamento entre o ensino formal de habilidades de comunicação pré-clínica e as práticas reais dos funcionários internos e dos médicos assistentes. Desenvolvemos uma oficina para educadores médicos com o objetivo de identificar como o currículo oculto modela (ou deixa de modelar) habilidades de comunicação eficazes. Concepção da oficina: Utilizando o Teatro de Leitura, os participantes encenaram e discutiram um cenário projetado para desencadear a reflexão. O roteiro foi adaptado de uma narrativa aprofundada de um aluno, descrevendo o uso de um termo depreciativo por sua equipe para rotular um paciente. O aluno deve decidir se e como responder. Resultados da oficina: Os participantes discutiram possíveis respostas a violações da hierarquia médica do profissionalismo, conflitos éticos centrados na pressão de conformismo, "ambivalência de retenção" e desigualdade de gênero na medicina. Diversas opções de comunicação para o aluno foram consideradas e encenadas. Conclusão: O uso de narrativas de alunos na educação médica ajuda os alunos a compreender melhor o conteúdo e	

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								as nuances do currículo oculto. O Teatro de Leitura é uma ferramenta poderosa para convidar ativamente os alunos a se colocarem no lugar dos residentes, a fim de obter perspectivas adicionais. Envolver educadores na tarefa de construção colaborativa de soluções usando esse formato pode ajudar a melhorar os ambientes de aprendizagem.	
6	Boardman N	The leadership and followership challenges of doctors in training during the COVID-19 pandemic	2021	Inglês	Br J Hosp Med (Lond)	Inglaterra	PubMed	Uma pesquisa realizada em 2016 pelos autores investigou os desafios que médicos em formação vivenciam em relação à liderança e à liderança no NHS (Serviço Nacional de Saúde). O estudo explorou a cultura contemporânea de liderança em saúde e o papel da liderança na perspectiva de médicos em início de carreira. Constatou-se que os desafios de liderança e de liderança para esses médicos em formação estavam associados a questões de identidade social e profissional, comunicação, hierarquia médica e relacionamentos com colegas seniores (apoio e confiança). Esses desafios eram exacerbados pelo ambiente clínico agitado e turbulento em que trabalhavam. Para lidar com diversas situações clínicas e formas de liderança, médicos em formação se envolvem em uma variedade de comportamentos e estratégias de liderança. O estudo levantou implicações para a educação e a formação médica e sugeriu	

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								que a liderança deveria ser incluída como parte do treinamento formal em habilidades de comunicação e trabalho em equipe. A importância tanto da liderança quanto da liderança na prestação de cuidados seguros e eficazes aos pacientes foi fortemente enfatizada pela pandemia de COVID-19. Este artigo revisita esses desafios à luz da pandemia e seu impacto nas experiências de médicos em formação. Palavras-chave: COVID-19; Médicos em formação; Educação; Liderança; Liderança; Pandemia; Treinamento.	
7	Bruneau, C et al.	Educating patients in a French cancer treatment center: How to ensure therapy safety while reckoning patients' knowledge and power to act	2024	English	Public Library of Science	EUA	Scopus	Neste artigo, analisamos como os profissionais de saúde educam os pacientes com cancro para cuidar da sua condição e manter um controlo rigoroso sobre a segurança da terapia. Estudamos quanto espaço de negociação é deixado aos pacientes durante as consultas médicas para que os recursos ainda possam ser trocados. Damos especial atenção à troca de conhecimento e poder entre pacientes e médicos (poder de agir e de se expressar numa relação desequilibrada, onde o conhecimento é partilhado de forma desigual). Optámos por uma abordagem qualitativa com 41 entrevistas e várias observações etnológicas, primeiro de consultas em hematologia, depois de chamadas telefónicas pré-planeadas feitas a pacientes durante o curso de um esquema	O estudo de Bruneau et al. (2024) demonstra como a educação terapêutica em um centro oncológico francês revela dinâmicas de poder que permanecem fortemente assimétricas entre profissionais de saúde e pacientes, mesmo em modelos que proclamam promover autonomia. A centralidade do conhecimento biomédico, o controle sobre o fluxo de informações e a supremacia da expertise especializada evidenciam que a autoridade médica é preservada por meio de mecanismos sutis de supervisão e definição de limites para a “autonomia concedida”. Esses achados dialogam diretamente com o seu tema de pesquisa, pois indicam que as relações de poder na prática clínica são estruturadas pelo controle do conhecimento e pelas hierarquias institucionais, fenômenos

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								de acompanhamento da terapia do cancro. A ambição declarada de transformar pacientes com cancro em pacientes auto-responsáveis, na verdade, reencena procedimentos bem conhecidos de controlo e aquisição de conhecimento que visam reduzir a sua margem de manobra em prol da segurança da terapia. Mesmo que seja concedida alguma liberdade, os pacientes permanecem sob o controlo da sua hierarquia médica. Os profissionais de saúde privilegiam dois métodos para manter o controlo sobre os pacientes e ensinar-lhes procedimentos de segurança terapêutica. O método escolhido e a forma como é utilizado são ditados pela relação entre pacientes socialmente diversos e profissionais de saúde. No final, o que o paciente aprende e o grau de controlo que o médico mantém sobre este processo dependerão da distribuição de poder e conhecimento entre eles, mas a assimetria permanecerá sempre. © 2024 Elsevier B.V., Todos os direitos reservados.	igualmente presentes nas interações entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado a pacientes com DCNT. Assim como no tratamento oncológico estudado, o cuidado de condições crônicas envolve múltiplos profissionais e fluxos terapêuticos complexos, nos quais o especialista tende a ocupar uma posição de autoridade decisória, enquanto o médico da atenção primária negocia responsabilidades e legitimidade clínica; o artigo, portanto, contribui para compreender como a distribuição desigual de informação e expertise molda relações de poder e influencia a coordenação do cuidado.
8	Cavalheiro, LV et al.	Communication and access to information in assessing the quality of multiprofessional care of patients	2010	Português, Inglês	Einstein (São Paulo)	Brasil	SciELO	RESUMO. Objetivo: Avaliar a qualidade de um modelo de assistência a pacientes internados por meio de dois índices de desempenho (comunicação e conhecimento do caso) das equipes multiprofissionais. Métodos: Foi realizado um corte transversal para avaliação do conhecimento dos profissionais a respeito das informações	O artigo de Cavalheiro et al. (2010) evidencia que a qualidade da assistência multiprofissional a pacientes internados depende fundamentalmente da comunicação e do compartilhamento estruturado de informações entre médicos, enfermeiros e demais profissionais, revelando que a circulação do

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								clínicas do paciente e o uso de estratégias de comunicação intraequipe. Foi utilizado o formato de entrevistas feitas com profissionais durante o período de trabalho. Sete categorias profissionais foram entrevistadas e foram sorteados para entrevista 199 prontuários. Foram avaliados 312 profissionais das diversas categorias. A amostra foi caracterizada pela predominância do envolvimento dos profissionais de enfermagem e fisioterapia nos prontuários entrevistados. Resultados: Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do modelo de desempenho esperado e do modelo de desempenho abaixo do esperado para as variáveis: sexo, situação e cargo dos profissionais. No grupo modelo de desempenho abaixo do esperado, evidenciou-se que quanto maior o número de profissionais envolvidos, menor o grau de conhecimento. A comunicação foi melhor quando o enfermeiro teve as informações relevantes sobre a assistência interdisciplinar (97,4%), utilizou de forma adequada o impresso denominado Plano Assistencial (97,0%) e formalizou a discussão com o médico (88,2%). No grupo do modelo de desempenho esperado, evidenciou-se que quanto maior o número de profissionais envolvidos, maior o grau de comunicação. Conclusões: Neste modelo	conhecimento constitui um elemento central de organização do poder no cuidado. Os autores mostram que falhas de comunicação ampliam conflitos, reforçam hierarquias e dificultam a tomada de decisão integrada, ao passo que mecanismos formais de registro e troca de dados delimitam papéis e responsabilidades, frequentemente centralizando autoridade no profissional que detém maior controle informacional — dinâmica semelhante à observada no manejo de pacientes com DCNT ao longo dos diferentes níveis de atenção. A partir dessa perspectiva, o estudo se relaciona diretamente ao seu trabalho ao demonstrar que a assimetria no acesso às informações e a capacidade de definir condutas influenciam a distribuição de poder entre profissionais, incluindo médicos da atenção primária e especialistas, repercutindo na coordenação do cuidado, na continuidade terapêutica e na qualidade das decisões clínicas no contexto das doenças crônicas não transmissíveis.

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								assistencial, baseado no desempenho dos índices do conhecimento do caso e comunicação da equipe multiprofissional, pôde-se avaliar a qualidade da assistência. Portanto, essa avaliação é mensurável e é possível determinar o nível de qualidade da assistência prestada. Descritores: Relações interprofissionais; Equipe de assistência ao paciente; Comunicação interdisciplinar; Pacientes internados; Qualidade da assistência à saúde	
9	Charon R	Literature and ethical medicine: five cases from common practice	1996	Inglês	J Med Philos	USA	PubMed	Este ensaio é composto por cinco histórias escritas por médicos atuantes sobre seus pacientes. Cada história clínica descreve uma condição ética desafiadora – potencial abuso de poder médico, recém-nascidos gravemente doentes e provavelmente supertratados, dependência iatrogênica de narcóticos, pessoas moribundas enganadas. Em vez de destacar um conflito ético para resolver ou julgar, os autores tentam, por meio de métodos literários, apreender as experiências singulares de seus pacientes e agir de acordo com as estruturas profundas de suas vidas. Examinar essas cinco histórias com ferramentas literárias simples – atenção aos enquadramentos narrativos, tempo, enredo e desejo – revela os mecanismos pelos quais os atos de escrita e leitura contribuem para a clareza clínica e as ações éticas.	

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
10	Cruvinel, PVQ, et al.	Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis	2023	Português	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	SciELO	Resumo. O objetivo deste estudo foi sintetizar a literatura sobre as características de pacientes, médicos e relações médico-paciente consideradas “difíceis”. Foi realizada uma revisão integrativa de estudos primários publicados entre janeiro de 2016 e setembro de 2021, em português, inglês e espanhol. De 3.414 artigos identificados nas bases Embase, PubMed, Scopus e Lilacs, 19 foram analisados qualitativamente. Sete estudos foram efetuados na Europa, oito na América do Norte, dois na América do Sul e dois na China, totalizando 1.694 pacientes, 1.903 médicos assistentes, 101 residentes e 160 acadêmicos de medicina. Médicos e/ou acadêmicos de medicina consideravam difíceis os pacientes com: condições clínicas como doenças psicossomáticas e crônicas; sintomas e queixas como dor; emoções fortes; problemas na obtenção e no compartilhamento de informações, nas tomadas de decisão, na adesão ao plano terapêutico e no seu autocuidado; e certas características sociodemográficas e de vulnerabilidade. Pacientes ou seus familiares consideravam difíceis os médicos que não os escutavam, eram preconceituosos e pareciam não se importar com seus filhos, entre outros aspectos. Sugere-se o ensino de comunicação médica e intervenções sistêmicas para melhorar as relações médico-paciente.. Palavras-chave:	A revisão integrativa de Cruvinel e Grossemann (2023) evidencia que a percepção de dificuldade nas relações médico-paciente emerge sobretudo de assimetrias de comunicação, divergências na gestão da informação e tensões relativas ao controle das decisões clínicas, aspectos que dialogam diretamente com o seu estudo sobre relações de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado às DCNT. Ao demonstrar que médicos classificam como “difíceis” pacientes com doenças crônicas, múltiplas comorbidades, sofrimento emocional e desafios no processo de informação e adesão, o artigo reforça como o manejo de condições crônicas tende a intensificar disputas simbólicas e práticas sobre autoridade e responsabilidade. Os resultados também mostram que pacientes percebem médicos como difíceis quando estes não escutam, interrompem ou restringem o acesso à informação—a mesma lógica de poder que estrutura a comunicação entre médicos generalistas e especialistas no acompanhamento de DCNT. Assim, o artigo contribui para compreender que a dificuldade relacional não se limita ao encontro clínico individual, mas reflete estruturas hierárquicas mais amplas, nas quais controle do conhecimento,

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								Relações médico-paciente; Educação médica; Assistência centrada no paciente	legitimidade técnica e gestão da autonomia são elementos centrais, também presentes nas interações entre níveis de atenção em doenças crônicas.
11	Davis S	"I am in other people's hands as regards my health" A sociological critique of health care encounters of people with cirrhosis. A secondary analysis	2023	Inglês	Chronic Illn	Reino Unido	PubMed	Objetivos: Pessoas com cirrose são encorajadas a participar da tomada de decisões compartilhada com seus médicos, mas estudos sugerem que os médicos limitam a quantidade de informações compartilhadas. Neste estudo, exploramos a presença do poder médico em encontros clínicos em 2015, da perspectiva do paciente, e destacamos seus efeitos nas interações em saúde. Métodos: Entrevistas semiestruturadas qualitativas foram conduzidas com dez pessoas com cirrose atendidas em um centro terciário de transplante de fígado no sul da Inglaterra. Exploramos sua compreensão da doença e do prognóstico, e sua participação na tomada de decisões. Usando a lente do poder médico como estrutura, analisamos as descobertas em frases temáticas para resumir as ideias-chave, preservando a complexidade dos conceitos identificados. Resultados: Três conceitos-chave explicaram as perspectivas dos pacientes sobre sua comunicação com os médicos: (1) retratar uma imagem positiva para os médicos, (2) evitar o confronto com os médicos, (3) sentir-se impotente diante do conhecimento médico dos médicos. Esses	O estudo de Davis et al. (2021) revela como pacientes com cirrose vivenciam interações marcadas por forte assimetria de poder, caracterizada por sentimentos de impotência diante do conhecimento médico, evitação de confrontos e autocensura para manter boa relação com a equipe, fenômenos que se aproximam das hierarquias presentes entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado a DCNT. Ao mostrar que pacientes tendem a não questionar decisões, evitar expor dúvidas e depender da interpretação do médico sobre seu prognóstico, o artigo explicita como a centralização da autoridade clínica molda a prática assistencial e limita a participação ativa do doente, mesmo em contextos que pregam decisões compartilhadas. Esses achados dialogam com seu tema ao evidenciar que, no cuidado a condições crônicas, o poder médico se expressa principalmente pelo controle da informação e da definição de condutas, o que repercute diretamente também na relação entre especialistas e médicos da atenção primária. Assim, o artigo oferece suporte teórico e empírico para compreender que a coordenação do

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								conceitos revelam questões dinâmicas mais profundas de poder durante os encontros de saúde, ilustradas pela relutância dos participantes em expressar suas preocupações e se expressar, contestar decisões ou buscar informações. Conclusão: Pessoas com cirrose têm dificuldade em articular suas preocupações ou contestar decisões sobre seus cuidados e tratamento e podem se preocupar com possíveis consequências. Nossos achados demonstram a persistência contínua de questões de poder em jogo nos cuidados de saúde contemporâneos. Palavras-chave: Cirrose; interação médico-paciente; encontros médicos; poder médico; experiência do paciente.	cuidado em DCNT é atravessada por relações hierárquicas persistentes, sustentadas por desigualdades de expertise, acesso a recursos diagnósticos e definição do plano terapêutico.
12	Ergur, Ali et al.	Defining faces, defying borders: authority conflicts between medical specialties through cosmetic interventions	2024	English	Springer Nature	Reino Unido	Scopus	À primeira vista, as especializações médicas parecem ser delimitadas segundo critérios científicos bem definidos; a divisão do trabalho aparentemente funcional gera uma hierarquia geral de conhecimento e prática especializados. No entanto, essa distribuição desigual de poder e autoridade profissional também depende da organização capitalista. Embora a lógica médica sempre tenha sido relacionada ao mercado, a partir da década de 1980 — com o início de sua agenda neoliberal — a Turquia implementou políticas progressivamente agressivas, privatizando os serviços de saúde e reconceituando-os	O estudo de Ergur, Akkaya e Saral (2024) analisa como especialidades médicas em Turquia — dermatologia, otorrinolaringologia e cirurgia plástica — disputam autoridade em um mercado estético neoliberalizado, mostrando que as fronteiras entre especialidades não são científicas ou fixas, mas produzidas e reconfiguradas por lógicas de poder, mercado e estratégias de demarcação. Essa compreensão é diretamente aplicável à sua pesquisa sobre relações de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado às DCNT, pois evidencia que a autoridade médica

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								como um mercado dinâmico, formando assim um ethos médico intrinsecamente ligado a princípios neoliberais. Neste artigo, analisamos como as condições de mercado não regulamentadas dão origem a um campo científico caótico e como essa aparente desordem serve para reproduzir uma lógica capitalista subjacente. Dentre as inúmeras partes do corpo humano, escolhemos o rosto, pois ele se tornou uma área crucial na medicina devido ao aumento exponencial da demanda por procedimentos estéticos por parte dos pacientes, e também por ser uma região que gera conflitos entre especialidades médicas em busca de maior autoridade e poder. Para tanto, entrevistamos trinta e três especialistas em dermatologia, otorrinolaringologia e cirurgia plástica sobre suas experiências com conflitos de autoridade e suas motivações para ingressar em um mercado não regulamentado. Nossa pesquisa destaca como os atores da área médica constituem um contexto social relacional no qual as fronteiras são ferozmente negociadas por meio de uma lógica de mercado. Em seguida, argumentamos como as ambiguidades da patologia, da estética, do corpo e das normas que fundamentam os procedimentos estéticos são fluidificadas e se tornam instrumentos de poder, de modo que essa ambiguidade se tornou a própria	nunca é apenas técnica, mas profundamente social, negociada e permeada por elementos externos ao discurso clínico. O artigo demonstra que ambiguidades nos critérios de intervenção, no conceito de patologia e na delimitação de áreas de atuação permitem que especialidades ampliem seus territórios e hierarquias internas, processo que guarda paralelos com o modo como especialistas hospitalares frequentemente determinam condutas para pacientes com DCNT enquanto médicos da atenção primária disputam legitimidade em seu papel de coordenação do cuidado. Assim, a análise dos autores reforça que o campo médico é estruturado por relações de força, por disputas simbólicas e pela busca de monopólio do saber, elementos que igualmente atravessam o fluxo entre níveis assistenciais, influenciando comunicação, autonomia e definição de responsabilidades nos itinerários de cuidado em doenças crônicas

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								característica definidora do campo científico. © 2024 Elsevier B.V., Todos os direitos reservados.	
13	Ferla, AA, et al.	Medicina e hospital	2011	Português	Fractal: Revista de Psicologia	Brasil	SciELO	Resumo. Este texto é resultado de uma revisão das análises históricas de Michel Foucault a respeito da constituição da Medicina Moderna e de suas relações com outros saberes. Descreve-se de que modo a organização da atenção à saúde se efetuou a partir da tecnologia hospital e das relações de poder que investiram os corpos individuais e coletivos na concretização de um projeto de sociedade. Pergunta-se como a vida entrou em cena pela via de uma biopolítica e como se constituiu a anátomo-política em seus efeitos no campo da organização dos serviços médicos e dos modos de gerir a saúde. Palavras-chave: medicina; Estado; saberes; saúde; vida; poder	Com base nas análises foucaultianas sobre a constituição da medicina moderna, Ferla, Oliveira e Lemos (2011) descrevem como a organização dos serviços de saúde se consolidou a partir de dispositivos de poder — especialmente o hospital — que disciplinam corpos e estruturam formas de gestão da vida, revelando que o campo médico é historicamente hierarquizado e regulado por tecnologias de saber-poder. A discussão sobre biopolítica, anátomo-política e medicalização da sociedade oferece um aporte teórico fundamental para o seu estudo sobre relações de poder entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado às DCNT, pois situa a autoridade médica dentro de um projeto histórico e institucional que define quem pode ver, interpretar e decidir sobre o corpo do outro. A centralidade epistemológica e política do hospital, descrita pelos autores como um espaço organizador de normas e práticas clínicas, evidencia por que especialistas hospitalares tendem a ocupar posições dominantes frente à atenção primária, especialmente no manejo de condições crônicas, cuja gestão envolve disputas

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
									sobre quem detém o conhecimento legítimo, quem constitui risco e quem estabelece o padrão de normalidade. Nesse sentido, o artigo ilumina como relações de poder no cuidado às DCNT não são apenas tensões contemporâneas, mas expressão de um longo processo de construção histórica da hierarquia médica, no qual o hospital se tornou o locus privilegiado de verdade clínica, relegando outros níveis de atenção a posições subalternas no circuito do saber e da decisão terapêutica.
14	Ferreira, LO et al.	A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa	1997	Português	História, Ciências, Saúde-Manguinhos	Brasil	SciELO	Resumo. Este artigo aborda a história da medicina no Brasil no final do século XIX, a partir da análise do surgimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Nossa hipótese é de que, a partir da década de 1880, a reformulação das instituições e a diversificação da coletividade médica iniciaram a estruturação de um campo de relações sociais específicas aos praticantes da medicina. Diante da crise das instituições médicas oficiais, verifica-se o surgimento de grupos médicos alternativos que, à margem da tutela estatal, se articularam em torno de objetivos comuns, em especial, a construção de um conhecimento médico nacional, que tivesse relevância no cenário científico internacional da época. Palavras-chave: história da	O estudo histórico de Ferreira, Maio e Azevedo (1997–1998) demonstra como, no final do século XIX, a emergência da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro expressou disputas internas pelo controle do conhecimento médico, pela legitimidade científica e pela autonomia profissional, revelando que a própria organização do campo médico brasileiro se estruturou a partir de hierarquias, competição por prestígio e diferenciações entre grupos com maior ou menor acesso ao poder institucional. Ao analisar a fragmentação entre instituições oficiais, como a Academia Imperial de Medicina, e redes alternativas de médicos que buscavam autonomia científica, o artigo evidencia que a medicalização e a produção de autoridade não derivam

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								medicina; instituições médicas; medicina brasileira	apenas de competências técnicas, mas de arranjos sociopolíticos que distribuem poder de forma desigual. Essa interpretação dialoga diretamente com o seu tema de doutorado, pois ajuda a compreender como as relações atuais entre médicos especialistas e médicos da atenção primária no cuidado às DCNT são herdeiras de uma longa trajetória histórica de concentração de autoridade clínica em determinados segmentos da profissão. Da mesma forma que no século XIX os grupos médicos disputavam legitimidade para definir o “saber correto”, hoje a gestão das doenças crônicas envolve tensões semelhantes entre níveis de atenção que reivindicam competências distintas e por vezes concorrentes, revelando que a hierarquia médica permanece estruturada por mecanismos históricos de diferenciação e controle do conhecimento.
15	Herrera, C et al.	Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida	2008	Espanhol	Revista de Saúde Pública	Brasil	SciELO	OBJETIVO: Analisar fatores de relacionamento com os médicos que afetam a adesão terapêutica e a qualidade de vida das pessoas com VIH/Sida. MÉTODOS: Estudo qualitativo realizado no México em 2003 com informantes recrutados em grupos de autoajuda e organizações não governamentais da VIH/Sida e serviços de infectologia de hospitais públicos. Fueron entrevistou 40 pessoas convivendo com	O estudo qualitativo de Herrera et al. (2008) evidencia que a relação médico-paciente em serviços de atenção ao HIV no México é fortemente marcada por assimetrias de poder, expressas em práticas paternalistas, comunicação deficitária, decisões unilaterais e controle médico sobre informações essenciais ao cuidado, fatores que repercutem diretamente na adesão terapêutica e nos

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								VIH/Sida e cinco líderes de grupos de autoapoio. Para a coleta de dados, os informantes responderam um questionário sociodemográfico e entrevistas em profundidade sobre a experiência de viver com VIH/sida, incluindo os tratamentos, a percepção da doença, a qualidade de vida, a saúde física e emocional e a relação com os médicos. As respostas foram gravadas, transcritas e organizadas por temas com base em códigos, usando uma análise indutiva. RESULTADOS: A idade da prefeitura dos entrevistados variou entre 26 e 45 anos. Os principais problemas durante a busca de atenção estão relacionados à falta de consciência de risco e de informação entre as pessoas que vivem com VIH/Sida e os médicos. Os médicos mostraram falta de capacitação na VIH/Sida. Na etapa de continuidade da atenção, os problemas estão relacionados com uma adesão terapêutica deficiente, produto principalmente da falta de comunicação com os médicos e da discriminação nos serviços públicos. CONCLUSÕES: De maneira geral se observam problemas de informação; falta de capacitação e paternalismo por parte dos médicos, e estigma social das pessoas que vivem com VIH/Sida associado à epidemia. DESCRITORES: Relaciones Médico-Paciente. Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida, prevenção e controle.	resultados clínicos. Os relatos dos pacientes mostram que a autoridade médica se exerce não apenas por meio da expertise técnica, mas também pela capacidade de regular comportamentos, impor regras e determinar condutas sem negociação, o que leva muitos pacientes a ocultarem práticas, abandonar medicamentos ou circular entre profissionais em busca de legitimidade. Essa dinâmica dialoga com seu tema de doutorado ao revelar como a distribuição desigual de poder — sustentada pelo domínio do conhecimento, pelo controle discursivo da doença e pela forma como se organiza a comunicação — também estrutura as interações entre médicos de diferentes níveis de atenção no cuidado às DCNT. Assim como no HIV, o manejo das doenças crônicas exige continuidade, corresponsabilidade e diálogo entre níveis assistenciais, mas essas práticas são frequentemente tensionadas por hierarquias profissionais que definem quem pode orientar, decidir ou avaliar o comportamento do paciente. O artigo reforça, portanto, que assimetrias históricas e institucionais moldam tanto a relação vertical médico-paciente quanto as relações entre médicos generalistas e especialistas, impactando coordenação,

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Saúde. Investigação Qualitativa. México.	adesão e qualidade do cuidado em condições crônicas.
16	Kunjukunju, A et al.	Effectuve Communication Among Doctors and Nurses: Barriers as perceived by Doctors.	2019	English	Asia Pacific Higher Learning Sdn Bhd., Lincoln University College	Malásia	Scopus	Contexto: A medicina hospitalar caracteriza-se por ser uma atividade multifacetada e baseada em equipe, que exige um alto nível de precisão, comunicação oportuna e confiável. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é fundamental para o sucesso da colaboração dentro do sistema de saúde. A comunicação eficaz pode melhorar a segurança do paciente, a satisfação no trabalho e reduzir a síndrome de burnout entre os enfermeiros. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que contribuem para a lacuna de competências entre enfermeiros e médicos em quatro hospitais privados na Malásia. Método: O estudo utilizou uma abordagem qualitativa descritiva para obter a experiência de 15 médicos de três hospitais privados. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas para a coleta de dados. Os dados foram analisados utilizando o método de Colaizzi para análise temática. Resultados: Os resultados do estudo sugeriram três categorias principais como fatores que contribuem para a lacuna de comunicação entre enfermeiros e médicos, segundo a percepção dos médicos especialistas. As três categorias incluem atributos da formação em enfermagem, atributos do enfermeiro recém-formado e atributos do	

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								ambiente de trabalho. Os atributos da formação em enfermagem incluem os requisitos de ingresso no programa de enfermagem, o processo de formação de graduação e a avaliação dos estudantes de enfermagem. Os atributos do enfermeiro recém-formado apresentaram nove elementos. Os elementos incluem a sede de conhecimento após o registro profissional, conhecimento de inglês médico, autoconfiança, habilidades de gerenciamento de estresse, pensamento crítico e habilidades de julgamento clínico, percepção de poder em relação à autoridade dos médicos, paixão pelo trabalho, habilidades de gerenciamento de tempo, bem como estresse e fatores pessoais dos enfermeiros. Os atributos do ambiente de trabalho incluíram a carga de trabalho dos enfermeiros, o trabalho em equipe entre os enfermeiros, o acompanhamento por preceptores e o reconhecimento dos enfermeiros pela organização. Os participantes também sugeriram medidas para superar as lacunas de competência entre os enfermeiros. Conclusão: Em conclusão, a competência comunicativa do enfermeiro é um fator vital para determinar a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. A qualidade do cuidado de enfermagem tem um impacto significativo na imagem de qualquer	

	Autor principal	Título	Ano de public	Idioma	Revista	País de afiliação	Base de dados	Resumo	Relação com a Tese
								organização de saúde. Portanto, é crucial identificar os fatores que contribuem para a comunicação deficiente entre enfermeiros e médicos e iniciar intervenções para preencher a lacuna de comunicação. © 2023 Elsevier B.V., Todos os direitos reservados.	