

AGÊNCIA, BIOSOCIALIDADES E MEDICALIZAÇÃO: PERCEPÇÕES SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE A PARTIR DO (NÃO) EMPREGO DE ANTIBIÓTICOS

Karina Adad de Miranda¹

Resumo: Atualizando a percepção de Lefèvre (1983) de que os medicamentos estavam funcionando como “símbolos de saúde”, a Covid-19 serviu para evidenciar o protagonismo que esses objetos ainda desempenham em nossa sociedade. Úteis não apenas para o tratamento de doenças, mas atuando como representantes contemporâneos do autocuidado, os remédios desempenham um papel importante no desenvolvimento da relação médico-paciente a partir da sua prescrição ou não. Com o objetivo de compreender como os medicamentos, em especial o antibiótico azitromicina, determinaram a relação médico-paciente entre o entrevistado e os profissionais de saúde que o atenderam durante a epidemia de Covid-19, mobilizo conceitos como agência e biossocialidade.

Palavras-chave: Biossocialidade; Medicalização; Agência; Relação médico-paciente; Covid-19.

Abstract: Updating Lefèvre’s (1983) perception that medicines were functioning as “symbols of health”, Covid-19 served to highlight the role that these objects still play in our society. Useful not Only for the treatment of diseases, but acting as contemporary representatives of self-care, medicines play an important role in the development of the doctor-patient relationship, whether they are prescribed. To understand how drugs, especially the antibiotic azithromycin, determined the doctor-patient relationship between the interviewee and the health professionals who attended to him during the Covid-19 epidemic, I mobilize concepts such as agency and biosociality.

Keywords: Biosociality; Medicalization; Agency; Doctor-patient relationship; Covid-19.

1. Introdução

¹ Doutoranda e mestra em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com doutorado-sanduíche na Universitat de Barcelona. E-mail karinnaadad@hotmail.com.

Atualizando a percepção de Lefèvre (1983) de que os medicamentos estavam funcionando como “símbolos de saúde”, a Covid-19 serviu para evidenciar o protagonismo que esses objetos ainda desempenham em nossa sociedade. Como representantes da saúde e validados pelo conhecimento científico, os remédios apresentam um significado que ultrapassa a perspectiva biomédica de serem eles úteis para o tratamento de doenças ao passarem a ser símbolos de autocuidado (MALUF, 2009; VAN DER GEEST, WHYTE, 2011). Aliado a isso, os fármacos desempenham um papel importante no desenvolvimento da relação médico-paciente a partir da sua prescrição (CASTRO, 2012) ou não.

O presente artigo é fruto do desdobramento de uma primeira entrevista realizada para meu projeto de qualificação de tese, onde procuro investigar o papel da esperança no enfrentamento da Covid-19 entre infectados/as pela doença. Durante a análise dos dados, um dos pontos que apareceu com bastante consistência e acabou se tornando um dos tópicos de análise para as futuras entrevistas foi a figura do/a profissional de medicina nesse processo. É exatamente sobre essa relação, que no caso do entrevistado mostrou-se bastante conflituosa, que pretendo discutir nas seções seguintes. Para tanto, faz-se necessário realizar um relato breve sobre Pedro, abordando o contágio, os principais sintomas e as percepções sobre os atendimentos médicos recebidos, de maneira a ficar melhor compreensível como se estabeleceu a relação médico-paciente.

Pedro trabalha como porteiro em um edifício residencial num bairro de classe média da cidade do Rio de Janeiro. Sem comorbidades e seguindo as recomendações sanitárias básicas de higienizar as mãos, usar máscaras, evitar aglomerações e restringir os deslocamentos, contraiu Covid-19 em dezembro de 2020. Segundo acredita, sua contaminação ocorrera através do contato com sua esposa, que assim como ele, trabalha fora. Não teve evolução para um quadro mais grave apresentando apenas sintomas leves como febre, dor no corpo, falta de paladar e de olfato. Conforme me relatou em entrevista concedida em junho de 2021, durante o período em que esteve enfermo recorreu a diversas instituições de saúde como UPA, Clínica da Família e hospital público.

Diante de tentativas anteriores frustradas, o primeiro atendimento deu-se na Clínica da Família do Engenho de Dentro no dia 11 de dezembro, ocasião em que o médico lhe recomendou manter as medidas protocoladas pela OMS – ficar em casa, evitar aglomeração, usar máscara corretamente e higienizar as mãos –, receitou um atestado de sete dias e um

antitérmico. Passado uma semana, conforme o quadro febril se mantivesse, Pedro conseguiu marcar, de forma particular, o teste RT-PCR² no dia 17 de dezembro e no dia 19 seu resultado deu positivo. Após isso, ele procurou o hospital do Méier, onde a médica que o atendeu pediu uma série de exames, dentre os quais exame de sangue e de urina. Ao ser detectada uma infecção urinária, a partir do dia 22 de dezembro, o entrevistado começou a fazer uso de antibióticos, os quais em três dias eliminaram a febre que o acompanhava desde o aparecimento dos primeiros sintomas de Covid-19. Importante esclarecer que durante a entrevista Pedro não menciona em momento algum a infecção urinária, mas sua existência é de meu conhecimento, uma vez que em janeiro de 2021, em uma conversa informal, ele mencionou que seu exame de urina havia identificado uma infecção urinária.

Para discutir sobre como a relação médico-paciente se desenvolve e suas implicações utilizo dois conceitos. Um é o de agência, proposto por Sherry Ortner, entendendo que o agenciamento não envolve apenas a vontade individual, mas leva em conta relações que a autora denomina relações de solidariedade e relações de poder. O outro conceito utilizado é o de biossocialidade criado por Paul Rabinow e resgatado por Nikolas Rose. A contribuição da biossocialidade para este trabalho é fornecer meios de entendermos como a automedicação e o uso de antibióticos constituem-se em práticas visadas inclusive durante a pandemia de Covid-19.

2. Experiência e a interação o processo de adoecimento

Na introdução da coletânea “Experiência de doença”, Rabelo et al. (1999) apresentam uma forma de pensar o adoecimento e o processo de cura a partir de uma perspectiva que leve em conta a experiência não apenas individual, mas intersubjetiva. Apoiados na abordagem ontológica de base heideggeriana, os autores propõem uma reflexão que supere tanto a visão da doença como um processo estritamente físico quanto a compreensão da doença através de seus significados e simbolismos, caso das ciências sociais. No primeiro caso, a doença como um processo corporificado é analisada por meio do “corpo/objeto” da ciência médica. Já no segundo, a análise da enfermidade leva em conta suas possíveis representações simbólicas.

² Teste que a partir da coleta de secreções nasais detecta a presença do vírus no organismo. O RT-PCR apresenta um alto índice de acerto ao diferenciar um paciente infectado/a de um não-infectado.

Tanto uma quanto a outra abordagem desvalorizam aspectos considerados essenciais para os autores. Considerar apenas o corpo ou os significados da doença exclui as interações sociais e ambientais que atuam no adoecimento e respectiva cura. Desse modo, a proposição que faz Rabelo et al. é pensar doença e cura levando em consideração não apenas o corpo e a experiência individual, mas a interação entre o corpo adoentado e o meio social. É nesse contexto que eles colocam que “A subjetividade é, assim, posterior à intersubjetividade” (IBID., p. 14).

Citando Csordas, Rabelo *et al.* (IBID., p. 14) apontam que

(...) reduzir a experiência da doença a uma determinação biológica, tanto quanto tomá-la como efeito da cultura, ou menos como resultado da combinação entre ambos os “fatores”, conduz a uma visão por demais parcial e empobrecida dos processos de adoecimento e terapia: “o que está ausente de explicações como essa é a análise do sujeito encarnado (...) tomando uma posição existencial no mundo” (Csordas, 1994, p. 287)”.

Portanto, a análise do corpo enfermo deve levar em conta os efeitos da relação entre pacientes e terapeutas, compreendendo que a partir dessa interação ocorrem situações que derivam da experiência, isto é, de uma dimensão pré-reflexiva que adquire significado antes pela ação do que pelo conhecimento.

Em uma perspectiva fenomenológica, a experiência não se reduz ao modelo dicotômico que contrapõe sujeito e objeto, do qual partem muitas teorias sociais. Tal modelo expressa apenas uma modalidade de experiência, aquela forjada pela atitude reflexiva. O fundamento e possibilidade mesma desta atitude, entretanto, são dados por outro tipo de experiência, pré-reflexiva ou pré-objetiva. Falar em uma experiência pré-objetiva significa dizer que o mundo se apresenta para nós, em primeiro lugar, como esfera de ação ou prática, antes de se apresentar como objeto de conhecimento. Mais do que isso, significa dizer que o domínio da prática se define essencialmente por um engajamento ou imersão na situação: não requer ou pressupõe, ordinariamente, o posicionamento de um sujeito que se destaca do mundo e o “objetifica” (IBID., p. 12).

Esse ponto de vista fica mais claro quando pensamos em trabalhos que envolvam temas como saúde mental. De acordo com Maluf (2009), os problemas “dos nervos”, que desencadeiem sofrimento e aflição, são responsáveis por reunirem tanto sintomas físicos quanto de ordem emocional. Nesse sentido, apresentam um modelo nomeado por Luis Fernando Duarte de físico-moral, o qual seria “diferente tanto da racionalização biomédica quanto da psicologização, que separam a experiência afetiva e emocional da experiência física, orgânica ou corporal” (IBID., p. 156).

Ao considerarmos relevante tanto esse modelo físico-moral quanto a interação entre pacientes e terapeutas para a análise do processo de adoecimento e de cura, respostas a

perguntas como “O que realmente significa dizer, conforme postulam alguns autores, que a experiência da doença é transformada em certos processos terapêuticos?” (RABELO et al., p. 13) tornam-se possíveis. Em “Da palavra indizível ao corpo revelado. Narrativas imagéticas sobre o câncer de mama”, Aureliano (2015) analisa como a interação entre médico e paciente moldou a forma de duas fotógrafas viverem o câncer. Se uma, Jo Spence, encarou com desconforto e indignação o tratamento médico recebido, a outra, Gabriela Liffschitz, estabelece com a equipe médica uma relação bastante harmoniosa. Apesar do mesmo diagnóstico e da mesma recomendação pela retirada da mama e radioterapia, essas mulheres têm experiências diferentes sobre o processo de adoecimento.

Essa diferença, como observado por Aureliano, fica refletida nas suas produções fotográficas. Enquanto Spence, contrária à mastectomia total, trabalha com imagens que procuram representar o corpo pelo que ele guarda de grotesco diante da (possível) mutilação, Liffschitz aceita realizar a retirada da mama e, a partir disso, trabalhar a autoestima do corpo mutilado por meio de fotos que exaltassem a sexualidade e sensualidade. Retomando a importância da intersubjetividade para o processo de adoecimento e de cura, percebemos como o primeiro contato com a doença foi crucial para determinar de que forma o câncer seria vivenciado.

Para Spence, a interação médica foi marcada por tensão e indiferença. Desde uma consulta que não durou cinco minutos para receber seu diagnóstico até a colocação não consentida em um estudo clínico que lhe recomendava de forma aleatória a mastectomia total. Como resultado ocorre a recusa ao tratamento recomendado. Conforme observa Aureliano, essa recusa não advém de uma tentativa de preservar o corpo intacto, mas de um posicionamento crítico à lógica médica que manipula corpos de maneira despersonalizada.

É preciso lembrar que Spence não recusou a mastectomia total na ânsia de preservar um elemento importante de sua feminilidade ou da normalidade de um corpo feminino, mas como recusa a ter seu corpo aleatoriamente manipulado de acordo com expectativas médicas. Ela critica o uso de próteses mamárias e o modo como se busca ocultar a todo custo a falta de mama, o que seria, segundo ela, uma forma de manter a tirania de um único corpo aceitável e de isolar as mulheres mastectomizadas ao impedir que elas se reconheçam e sejam reconhecidas (IBID., p. 85).

3. Agência: fazendo escolhas a partir da relação médico-paciente

A recusa relatada no extrato acima traz um dos dois aspectos importantes que pretendo desenvolver por serem relevantes para a análise da relação médico-paciente. A primeira delas

diz respeito à agência. De acordo com Ortner (2006), ainda que os atores sociais possuam liberdade para agir, pensar a agência em termos de uma capacidade irrestrita é praticamente impossível, por dois motivos: os/as agentes tanto estão inseridos/as em relações de solidariedade como estão submetidos/as a relações de poder. Nesse sentido, a escolha de Spence pela lumpectomia³ e pela medicina chinesa ao invés de pela mastectomia total (AURELIANO, 2015) mostra que a paciente decidiu manter parte do seu tratamento em bases biomédicas. Assim, por mais que tenha havido uma rejeição à equipe médica que a atendeu e ao tratamento proposto, não há a contestação de que um tratamento pautado na ciência e conduzido por profissionais ligados à área médica seria o mais indicado para lidar com o câncer de mama.

Esse fato serve tanto para demonstrar que as relações de poder influenciam a agência dos atores sociais como as relações de solidariedade, conforme colocado por Ortner. Por um lado, a medicina possui uma autoridade quase que incontestável no que diz respeito à condução da saúde e da doença, por outro há uma relação de confiança e solidariedade quando se resolve acreditar nessa ciência e em seus/as profissionais para cuidar de enfermidades e gerar processos de cura. Nesse sentido, na entrevista com Pedro, ele demonstra que, apesar de um certo nível de desconfiança quanto ao profissionalismo do médico que o atendeu, essa pessoa ainda corresponde ao tipo de profissional mais apropriado/a para resolver questões relacionadas a Covid-19.

Primeiro eu fui na UPA, na UPA, não, na Clínica da Família. Não consegui [atendimento], porque era tarde. Eu voltei no outro dia, também só passaram os medicamentos pra febre e mais nada. Aí voltei para casa. Aí voltei novamente e o médico simplesmente falou - *Sendo médico, não sei se era médico. Dizendo ele que era* - pra voltar para casa, não pegar ônibus, não ir no mercado, essas coisas. Nem um remédio pra febre ele passou, só passou alguma coisa por causa da minha esposa que foi falar alguma coisa pra ele. (trecho da entrevista com Pedro, grifo da autora).

A “dúvida” quanto ao médico, ao que parece, ocorre não em relação à sua legitimidade, mas à sua atuação. O fato de não ter recomendado o emprego de fármacos levanta em Pedro a suspeita quanto às credenciais profissionais da pessoa que o atendeu. Ao mesmo tempo, o porteiro segue a recomendação de fazer uso de um medicamento para o combate da febre. Ou seja, ainda que o primeiro atendimento não tenha sido de acordo com o esperado, Pedro não desiste de procurar ajuda e retorna para uma nova consulta no dia seguinte, confirmando assim a relação de poder estabelecida entre médico/a e paciente. Em outras palavras, Pedro mostra

³ Retirada do tumor e de parte dos tecidos adjacentes.

que dispõe de agência para discordar ou “duvidar” da capacidade de determinado/a profissional, mas não para agir por conta própria.

Em outro momento da entrevista, pergunto sobre o que ocorria nas suas idas às UPAs e Pedro afirma que não conseguia atendimento. Logo em seguida, questiono sobre como se sentia nessas situações, ao que ele responde que ficava desanimado, ainda mais porque se quisesse poderia comprar antibiótico, remédio que no seu ponto de vista era o apropriado para tratar os sintomas causados pela Covid-19.

Todas essas idas às UPAs...

Nenhum consegui atendimento. Nenhum tive atendimento. Nem na, no... Só tive um pouquinho melhor de atendimento foi na Engenho de Dentro, na UPA do Engenho de Dentro, mas em Manguinhos não tive nenhum tipo de atendimento, na Maré também não tive nenhum tipo de atendimento. Foi da porta para fora, porque não quiseram nem me atender.

E quando isso acontecia o que você sentia?

Ah, ficava desanimado, né. Você procurar atendimento e não conseguir. Você pra ter alguma coisa, você... Lá, por exemplo, onde eu moro, eu posso comprar medicamento... Como posso dizer? Antibiótico sem receita, lá eles têm... Mas eu não queria tomar, porque antibiótico é uma coisa que eu não posso tomar toda hora, sem recomendação. (trecho da entrevista com Pedro, grifo da autora).

O que ocorre acima é mais uma vez o sujeito dispondo de liberdade e possibilidade para agir, mas encontrando algum tipo de limitação. Na situação acima, mesmo acreditando que o antibiótico seria adequado para curá-lo, Pedro declina da chance de comprá-lo, já que reconhece que não pode fazer uso desse tipo de medicamento sem recomendação médica. Mais uma vez vemos a relação de poder e de solidariedade de que fala Ortner atuando sobre a interação entre médico/a e paciente. Em termos gerais, ocorre que, apesar da insatisfatória ou pouco satisfatória atuação do profissional de saúde aos olhos do entrevistado, resta uma parcela de confiança na autoridade médica, na medida em que Pedro afirma que, mesmo podendo comprar antibióticos sem receita, não o fez. Ou seja, a legitimidade médica, no que diz respeito ao tratamento de Covid-19, permanece resguardada ainda que tenha havido dúvidas quanto ao procedimento empregado. Algo como: “Não confio muito em um médico que não me receita o que entendo ser o correto, mas na dúvida, é melhor confiar”.

4. Biossocialidade, automedicação e antibióticos: tomado partido da própria vida

Além da agência, perfaz a interação entre médico/a e paciente “as tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana” (RABINOW; ROSE, 2006, p. 24). Inspirados no conceito de biopoder foucaultiano, Rabinow e Rose (IBID., p. 29) defendem que “os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a discursos de verdade, por meio de práticas do *self*, em nome de sua própria vida ou saúde, de sua família ou de alguma outra coletividade” ou até mesmo “em nome da vida ou saúde da população como um todo”. Em relação a esses sujeitos, cuja atuação não especializada é inspirada em um tipo de conhecimento adquirido por meio de literatura especializada ou relatos pessoais, Rabinow trabalha como o conceito de biossocialidade.

De acordo com Rose (2015), a biossocialidade diz respeito a grupos de pessoas que se formam em torno de concepções compartilhadas sobre saúde e que desempenham um papel ativo sobre a condução de sua enfermidade. Assim, ele coloca que “o ativismo médico por parte dos que recusam o status de meros ‘pacientes’ há muito tempo precede os desenvolvimentos recentes na biomedicina e na genômica” (IBID., p. 193). O empoderamento de que se veem munidos esses sujeitos biossociais são resultado de tentativas de autoridades, instituições públicas e privadas de educar a população sobre ciência e tecnologia, segundo Rose. Nesse sentido, a indústria farmacêutica desempenhou um importante papel.

Trazendo o exemplo do Prozac, Rose mostra como as empresas farmacêuticas, ao criar e financiar grupos de suporte ao/a consumidor/a, produzem uma mística em torno dos benefícios de seus produtos estimulando o seu consumo. O autor conta que em 2001, por meio de uma página de internet, a companhia farmacêutica Eli Lilly propunha um guia capaz de autodiagnosticar a depressão. Vale lembrar que um dos remédios utilizados no tratamento de depressão é o Prozac. A página eletrônica “Prozac.com, portanto, representava a si mesma como o centro de recursos onde as pessoas podiam aprender mais sobre a depressão, seu tratamento e meios para assegurar uma recuperação” (IBID., p. 203).

A partir de uma “instrução científica e biológica” que se destinava a qualquer pessoa, a Eli Lilly propagava que a intenção era munir os indivíduos de conhecimento acerca de sua condição de modo a transformá-los/as em sujeitos ativos no processo de recuperação. Rose coloca que no site Prozac.com as informações fornecidas explicavam a depressão “em termos de desequilíbrios químicos e da ação de neurotransmissores”. Desse modo,

Parece que era importante que a pessoa deprimida aprendesse acerca da ação de Prozac no nível neuroquímico. Não era porque tomar o remédio era tudo o que se exigia. Ao contrário, era porque a pessoa deveria saber ‘o que esperar enquanto você trabalha rumo a sua recuperação’. O processo de recuperação da depressão não exigia simplesmente docilidade ao regime do remédio: “Você pode e deveria ser um participante ativo em sua recuperação da depressão” (IBID., p. 203-204).

De acordo com Rose, esse processo de recuperação estimulado pela farmacêutica não apenas constrói sujeitos capazes de diagnosticar sua enfermidade como de propor à autoridade médica que tipo de tratamento deve ser empregado. Assim, o autor coloca que

o papel da autoridade biomédica aqui não é encorajar a condição de paciente passiva e obediente de uma forma de cidadania médica anterior. A cidadania deve ser ativa. O paciente real ou potencial deve tentar entender a depressão, trabalhar com médicos para obter o melhor programa de cuidado médico, engajar-se em autotécnicas a fim de acelerar o processo de recuperação – e, obviamente, pedir a seu médico que prescreva Prozac explicitamente (IBID., p. 204).

Assim como os antidepressivos, os antibióticos constituem um tipo de fármaco cujo uso resulta de uma grande autonomia por parte do consumidor, isto é, estimuladas por uma compreensão que ignora seus diversos malefícios⁴ e vêm-no “como a panaceia universal” (WANNMACHER, 2004), cidadãos/as comuns procedem à automedicação. Parte dessa autonomia, advém do seu acesso facilitado graças à não exigência de receita médica para a sua comercialização, como ocorre em alguns lugares do país. De outro lado, o uso indiscriminado de antibióticos se deve a um “regime farmacêutico” estimulado pela prescrição desses medicamentos mesmo “ante a ausência de evidência científica ou desenvolvimento farmacológico que suponha avanços clínicos” (LOZANO, 2021, p. 3). Lozano ainda chama atenção para o fato de que medicamentos como antibióticos e antivirais são fornecidos à população como medidas de proteção pessoal contra possíveis epidemias globais. Ela coloca

Além disso, o uso de antibióticos pode também servir de exemplo do que o sociólogo britânico Stefan Elbe denomina ‘farmaceuticalização da segurança’ (2014), ou seja, o desenvolvimento, logística e distribuição de materiais de proteção civil, tais como antivirais, antibióticos, vacinas de última geração e antitoxinas, para a segurança contra possíveis epidemias de importância global (IBID., p. 3).

Durante a pandemia de Covid-19, não apenas o acesso livre, mas o estímulo por parte de grupos políticos e líderes mundiais a um determinado tipo de antibiótico, a azitromicina, contribuiu para o aumento espontâneo da automedicação por este fármaco (LEAL et al., 2021).

⁴ Dentre os malefícios situa-se a resistência bacteriana. Ela corresponde à capacidade de populações microbianas sofrerem mutações persistentes, de modo a desenvolver resistências aos antibióticos, sendo necessário o emprego de antibióticos cada vez mais fortes. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a resistência bacteriana é a quinta maior causa de ameaça à saúde global (LOZANO, 2021).

Como resultado, o medicamento que tem ganhado ênfase por se tratar de um antibiótico com atividade antiviral comprovada” (IBID., p. 588) teve sua procura aumentada, levando a um crescimento de 30,8% no número de vendas quando comparado 2019 e 2020 (MELO et al., 2021). É justamente nesse contexto, em que os antibióticos são vistos como remédios capazes de curar todos os tipos de doença, inclusive Covid-19, que Pedro mostra desconforto diante do primeiro atendimento médico que lhe recomendou um antitérmico, dipirona, mas nenhum antibiótico.

Ela [esposa de Pedro] falou que eu tava com febre, que era pra passar algum tipo de medicamento. Aí que ele [o médico] passou dipirona. Somente. Aí passei uns dois dias de febre ainda, já tava com, acho que com uns 10 dias de febre, de 38 a 39 graus de febre. Aí eu fui na... Como se diz, no Engenho de Dentro, na UPA, na Clínica da Família de lá e passaram alguns remédios, *mas nenhum tipo de antibiótico*. Aí eu voltei pra casa ainda com febre [inaudível] mais 3 dias de febre, aí fui no hospital do Méier [inaudível] e lá me passaram pro PAN [Clínica ou Posto de Assistência Médica], lá que me deram *algum tipo de remédio*, passaram o... passaram exame de sangue, urina, só e escutaram minha respiração. Aí ela me passou antibióticos. Eu já tava com muita falta de ar, já, com dor no corpo e sem comer... Acho que é os sintomas normais, né, sem apetite, febre, dor no corpo, sem olfato, sem paladar, sem nada (trecho da entrevista com Pedro, grifo da autora).

Interessante perceber que, num primeiro momento, Pedro identifica as primeiras substâncias receitadas, dentre elas o antitérmico, como remédios, no entanto, com o desenvolver do discurso ele passa a considerar apenas os antibióticos como remédios de fato. Nesse sentido, argumento que para o entrevistado, parece ter ficado a percepção de que não houve um atendimento médico adequado. Antes ele conta que teve que recorrer a várias instituições médicas para conseguir uma consulta que, quando alcançada, se resumia à recomendação de que fossem seguidas as medidas preventivas já conhecidas⁵. Essa percepção torna-se mais evidente quando relacionamos, a partir de sua fala, atendimento médico a remédio e remédio a antibiótico. Para o entrevistado, a busca por atendimento médico corresponde à prescrição de remédio, que por sua vez teria que ser um antibiótico. Essa associação, além de evidenciar o alto nível de medicalização da sociedade brasileira e o abuso de antibióticos (OMS, 2018), deixa transparecer que sem a prescrição desse tipo de medicamento o atendimento médico não é entendido como tal.

Retomando o trabalho de Van der Geest e Whyte (2011), em que os medicamentos podem ser compreendidos como metáforas e metonímias, os autores discutem como os

⁵ Emprego de distanciamento social, uso de máscara, adequada higienização das mãos com álcool em gel e água e sabão, evitação de situações que exijam aglomeração de pessoas.

remédios são significados a partir do profissional de saúde e vice-versa. Em outras palavras, na perspectiva metafórica, o medicamento é interpretado como uma metáfora para médico/a, já na perspectiva metonímica, o medicamento assume o papel do/a médico/a, incorporando os seus efeitos. Assim

O medicamento é uma extensão do médico. É como se existisse uma dose de “médico” dentro do medicamento. Cockx vê o efeito placebo como um resultado da união entre paciente e médico através do papel intermediário dos medicamentos. A mão curadora do médico alcança o paciente através dos medicamentos. Da mesma maneira, a garantia do médico é apresentada ao paciente em forma de uma prescrição. Aquele pedaço de papel é a prova material de que o médico e o paciente ainda estão conectados um ao outro (IBID., p. 468).

Desse modo, poderíamos avançar na leitura sobre o significado da prescrição de antibiótico para Pedro, entendendo que ela serve para determinar o que o entrevistado entende como um atendimento médico de fato, porque o antibiótico, enquanto um medicamento, guarda a essência da atuação médica. É o remédio que atesta a ocorrência de uma atenção e de um cuidado médico nos quais o/a paciente pode confiar.

5. Conclusão

A análise da interação entre o entrevistado e os profissionais de saúde, assim como ocorre no exemplo analisado por Aureliano, mostra como a experiência com a Covid-19 é permeada pela relação médico-paciente que se estabelece desde o primeiro contato. Para além do medo e desconforto causados pelos sintomas da doença, Pedro revela frustração diante das várias tentativas de conseguir uma consulta e de realizar o teste RT-PCR de forma gratuita. Além disso, demonstra desconfiança com o primeiro atendimento recebido e desânimo ante o tratamento recomendado que parecia não surtir efeito. Não restam dúvidas de que, muito além de entender os efeitos físicos e os simbolismos que a doença adquire, importa significar os sentidos que as interações sociais exercem sobre os processos de adoecimento e de cura, como trabalham Rabelo et al.

Do ponto de vista da atuação de Pedro, entremeada por uma disponibilidade para agir que é limitada, observamos que mesmo contestando a atuação do profissional que lhe receitou apenas antitérmico para tratar a febre, o enfermo seguiu a recomendação e declinou do desejo de adquirir o antibiótico mesmo sem receita médica. Isso demonstra como a agência, ainda que individual e decorrente de desejos e motivações pessoais, não é irrestrita e nem unicamente dependente da intencionalidade do indivíduo.

Seja qual for a ‘agência’ que pareçam ‘ter’ como indivíduos, na verdade se trata de algo que é sempre negociado interativamente. Neste sentido, nunca são agentes livres, não apenas no sentido de que não têm liberdade para formular e atingir suas próprias metas em um vazio social, mas também no sentido de que não têm capacidade de controlar completamente essas relações para seus próprios fins. Como seres sociais – fato verdadeiro e inescapável –, só podem atuar dentro de muitas teias de relações que compõem seus mundos sociais (ORTNER, 2006, p. 74).

Pedro, ainda que desconfiado, segue a recomendação médica. Atitude diferente é a de Spence, a fotógrafa com câncer de mama, ao abrir mão totalmente do tratamento proposto inicialmente – a mastectomia – e adotar outros tipos que lhe pareceram mais razoáveis. A atenção que gostaria de chamar aqui é de que em um grau maior ou menor a agência está ali, sendo resultado do tipo de empoderamento que as estruturas lhe dão.

É [...] importante [...] insistir em que a agência exercida por diferentes pessoas está longe de ser uniforme, em que a agência difere enormemente tanto em tipo como em extensão. Os tipos de desejos das pessoas, as intenções que elas formam e toda espécie de transposições criativas que realizam variam intensamente de um mundo social para outro. As estruturas [...] empoderam diferentemente os agentes, o que também implica que encarnam também diferencialmente os desejos, intenções e o conhecimento dos agentes. As estruturas, assim como as agências humanas que elas conferem, estão carregadas de diferenças de poder (SEWELL apud ORTNER, 2006, p. 57).

Por outro lado, cabe investigar por que a prescrição de antibióticos, desejada por Pedro e frustrada pelo médico, era tão importante para o entrevistado. O entendimento de que os indivíduos ocidentais contemporâneos têm direitos sobre a condução da própria vida extrapolou e alcançou a percepção que se tem inclusive direito sobre como devem ser conduzidas suas doenças. Nesse sentido, uma sociedade que vê os antibióticos como “panaceias” para curar quase todo tipo de enfermidade, somada às informações falsas de que esse tipo de medicamento seria eficiente no tratamento da Covid-19, podem ter servido para alimentar no entrevistado a percepção de que o médico deveria ter-lhe receitado um antibiótico. Ao comentar sobre seu quadro de saúde, Pedro é explícito em afirmar que estava “precisando” de um antibiótico.

Como eu falei para você: fui na Clínica da Família... O que ele me recomendou... O médico... Pra mim não é médico. Se você tá com Covid e você procura um atendimento... Você *tando* com febre, dor no corpo e ele chega pra você e ele chega pra você e fala assim “Você tem que fazer isso, você tem de ficar em casa, você não pode ir no mercado, você não [inaudível] que pegar ônibus, você não pode ir pro trabalho”... Isso eu já sabia. Agora o que, o que eu fui procurar foi um atendimento, que ele passasse algum tipo de medicamento. *Antibiótico, porque eu tava precisando*. Porque já *tava*, acho que com 10 dias de febre, e ele nem sequer me deu um dipirona, só foi passar um dipirona por causa da minha esposa que indagou ele em relação a medicamento e ele só passou dipirona. (trecho da entrevista com Pedro, grifo da autora).

Assim, a não prescrição de um tipo de medicamento foi relevante para determinar a percepção que Pedro teve sobre o atendimento médico recebido no início da doença. Ao mesmo tempo, essa percepção, baseada em um conhecimento não especializado sobre a Covid-19, não foi suficiente para instigar no entrevistado o movimento de adquirir o antibiótico sem receita médica. Esse ponto serviu para mostrar que, mesmo considerando insatisfatório ou errado o tratamento que não previa o emprego de antibiótico, Pedro o seguiu, confirmando, portanto, as limitações da sua agência.

Referências:

AURELIANO, Waleska de Araújo. “Da palavra indizível ao corpo revelado. Narrativas imagéticas sobre o câncer de mama”. In: PEIXOTO, C.; COPQUE, B. **Etnografias visuais: análises contemporâneas**. Rio de Janeiro: Garamond, 2015, p. 71-96.

CASTRO, Rosana. “Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico metodológica”. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1, jan.-jun., p.146-175, 2012. Disponível em: <http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_09.ROSANACASTRO.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.

LEAL, W. et al. “Análise da automedicação durante a pandemia do novo coronavírus: um olhar sobre a azitromicina”. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**, v. 7, n. 8, p. 580–592, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.51891/rease.v7i8.1984>>. Acesso em: 21 out. 2024.

LEFÈFRE, Fernando. “A função simbólica dos medicamentos”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 6, 1983. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/i/1983.v17n6/>>. Acesso em: 21 out. 2024.

LOZANO, Cristina Moreno. “¿Cuántos son demasiados antibióticos? Reflexiones acerca del uso y consumo de antibióticos”. **Disparidades**. Revista de Antropología, v. 76, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/884>>. Acesso em: 21 out. 2024.

MALUF, Sônia Weidner. “Sofrimento, ‘saúde mental’ e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero”. In: TORNQUIST, Carmen Susana; COELHO; Clair Castilhos; LAGO, Mara Coelho de Souza; LISBOA, Teresa Kleba (Orgs.) **Leituras de resistência: corpo, violência e poder**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2009, vol. II, 145-161.

MELO, José Romério Rabelo et al. “Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19”. **CSP Cardemós de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 1-5, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/tTzxtM86YwzCwBGnVBHKmrQ/>>. Acesso em: 21 out. 2024.

ORTNER, Sherry. “Poder e projetos: reflexões sobre a agência”. Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas. In: **25ª Reunião Brasileira de Antropologia**, 2006, Goiânia. Anais de resumo. Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 45-80

RABELO, Míriam et al. “Introdução”. In: RABELO, Míriam Cristina, ALVES, Paulo César, SOUZA, Iara Maria (orgs). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. “O conceito de biopoder hoje”. **Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho**, n. 24, 27-57, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>>. Acesso em: 21 out. 2024.

ROSE, Nikolas. “Cidadãos biológicos”. In: ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. “O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias”. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, 2011, v. 14, n. 2, pp. 457-472. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/17624>>. Acesso em: 21 out. 2024.

WANNMACHER, Lenita. “Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: Uma guerra perdida?” **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**, Brasília, v. 1, n. 4, mar. 2004. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_ATB_0304.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.