



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

TIANA MASCARENHAS GODINHO REIS

**O OLHAR DE DENTRO DA CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DE
TERRITÓRIOS: O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**JEQUIÉ/BA
2015**

TIANA MASCARENHAS GODINHO REIS

**O OLHAR DE DENTRO DA CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DE
TERRITÓRIOS: O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora com a finalidade de aquisição do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela

**JEQUIÉ/BA
2015**

R313 Reis, Tiana Mascarenhas Godinho.
O olhar de dentro da construção e desconstrução de território: o papel social do médico na atenção básica/Tiana Mascarenhas Godinho Reis.- Jequié, UESB, 2015.
79 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela.

1. Medicina de família e comunidade – Papel social do médico na atenção básica 2. Saúde coletiva e hierarquia social – Processo de trabalho dos médicos na atenção básica I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

REIS, Tiana Mascarenhas Godinho. **O olhar de dentro da construção e desconstrução de território: o papel social do médico na atenção básica.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Alba Benemerita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Orientadora e Presidente da Banca

Profa. Dra. Adriana Alves Nery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade

Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

Jequié, 10 de Dezembro de 2015

Ao médico justo, fiel e amoroso, que exerce sua profissão como filosofia de vida, nela se fazendo existir e se permitindo afetar e ser afetado em corpo e alma.

AGRADECIMENTOS

Como se fosse fácil... Escrever um agradecimento nos traz à memória os atos de companheirismo e fidelidade que nos foram direcionados durante a jornada. E traz com eles o calor do amor dedicado, da compressão, da paciência e até mesmo da tolerância daqueles que nos carregam em seus braços e seus corações nos momentos das batalhas que enfrentamos.

E nos faz ruborizar a face ao perceber que em muitos momentos deixamos por menos, não percebemos o valor desses gestos, do afago ao desconforto, do suporte ao trôpego. Mas eis que surge aqui a oportunidade de traduzir o que pôde parecer desleixo em sentimentos palavreados de gratidão.

Nessa batalha, muitos guiaram os caminhos como quem ensina um pequenino a dar os primeiros passos. Outros emitiram a sua luz que permitiu enxergar um norte, um horizonte. Ainda outros dedicaram sua atenção, quando apenas era necessário ouvir e se fazer de espelho a Narciso. Sem falar naqueles que, sem emitir um único grunhido, sem simular um único gesto, se fizeram presentes em energia, em comunhão. Foi muito amor!

Buscar as origens. Refazer as amarras das teias. Do meu eu e do universo existencial e profissional onde habito e milito. Desconstruir, para reconstruir. E vivenciar todas as paixões que vêm com isso, as alegres e as tristes, as dores e as delícias, que me permitiram ser hoje melhor. E ao me redescobrir, fico como uma passagem da minha feliz jornada – esta sim, dentro de mim, no diálogo com o meu eu mais profundo e primitivo – com as palavras do poeta:

“Eu já tive você, nos tempos de felicidade. Eu senti ao te ter, amor com um ‘qui saudade’”.

O primeiro e maior agradecimento a Deus, que nos permite arbitrar sob nossos caminhos, acertar, errar, mas sempre acreditando na capacidade de evoluir, nos amparando em sua misericórdia infinita.

Às famílias, a dos laços de sangue e também a dos laços de irmandade, firmados pelo coração, pelo apoio incondicional, pelo incentivo e paciência.

Aos meus alunos do curso de Medicina, que despertaram em mim a vontade de ser melhor, não apenas como profissional médica e docente, mas sobretudo para “o outro”, para quem recebe minha energia desejava de construir um mundo mais justo.

Aos colegas de turma, mestrandos e hoje alguns já mestres, que caminharam de mãos dadas, passeando entre o desconhecido, o inseguro, o campo de possibilidades e, enfim, na aurora das conquistas. Confiarmos e acreditarmos uns nos outros fez toda a diferença.

À equipe da Estratégia Saúde da Família, na qual essa construção se deu. Revivendo outros tempos, me fizeram perceber e vivenciar fluxos de energias e encontros únicos, que agora fazem parte de mim, como a equipe mesmo sempre fará.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio na realização do estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, que dedicaram sua energia para nos fazer melhores em nossa existência pessoal e acadêmica.

Ao colega Adilson, exemplo de dedicação passional pelo saber, pelo construir – para si e para o outro – a saúde pública possível, efetiva, de qualidade e justa. Por fazer da sua bandeira pessoal um exemplo de perseverança inspirador. Pela paciência no engatinhar filosófico que a cartografia me exigiu. Por acreditar que eu seria capaz.

Desejo, sinceramente, tudo de melhor.

Ao professor Túlio Batista Franco, ainda que distante fisicamente, foi de uma presença sólida em todo o caminho, como referência de produção, mas acima de tudo, como pensador, como filósofo, que promoveu grandes afetamentos em mim. Na presença física, momentos de respeito de delicadeza que me fizeram acreditar que estava no caminho certo. Assim se constituiu para mim como mestre.

À professora Adriana Nery, que gentilmente me cedeu sua atenção e seu conhecimento acadêmico, com as orientações necessárias em cada etapa dessa construção. Me fez certificar que o rigor não significa apenas cobrança, mas sim responsabilidade e seriedade na produção. Muito me ajudou a guiar a viagem filosófica existencial, sem me deixar afastar da academia.

A meu marido Aurelino que se resignou nas ausências dos finais de semanas, na cama vazia em tantas noites, apenas por saber que isso me faria feliz. Pela paciência de ouvir todas as minhas indignações, inseguranças, medos, emprestando a sua atenção, mesmo que não estivesse tão certo se havia motivo para tanto. Por curtir comigo cada degrau conquistado, mesmo também sem saber o quanto cada um deles representava nesse processo como um todo. Enfim, personificação da parceria. Parte de mim. Espero te retribuir esse carinho pelo resto da minha vida.

Ao Bento, meu filho, tão sonhado, que durante todo esse tempo estive no imaginário, compondo o meu ideal de felicidade, e que chegou de repente e logo me mostrou que representa muito mais que isso. Já me ensinou que ao lhe entregar meu amor, me torno uma pessoa melhor para mim e para o mundo. Trouxe a minha paz.

Por fim, para que receba o amor extravasado em todos os encontros descritos anteriormente, à Professora Alba, minha fiel orientadora, que não só acreditou que juntas poderíamos fazer algo novo, mas também me ofereceu sua compreensão, sua paciência e sabedoria imensas. A admiração que eu já nutria antes apenas germinou e floresceu. Aprendi demais, como mestrande, claro, mas sobretudo como pessoa, observando seus exemplos de mulher. Será minha melhor lembrança de todos esses tempos. O meu muito obrigado!

RESUMO

Considerando o reflexo das mudanças históricas do sistema de saúde e modelos de atenção no Brasil, este estudo buscou analisar o processo de trabalho dos médicos na Atenção Básica– AB, sob a ótica da valorização social da profissão. Para tal, foi utilizada a metodologia qualitativa da cartografia, formulada por Guilles Deleuze e Félix Guattari, que visa acompanhar um processo e não representar um objeto, capaz de aproximar o pesquisador do objeto de estudo, permitindo o afetamento de ambos. Este estudo possibilitou explorar a percepção dos médicos em atuação na AB quanto à valorização social de sua profissão, assim como a maneira como os colegas de equipe e a comunidade entendem as relações sócio-políticas do médico como profissional. O estudo foi realizado no município de Jequié, sendo o *lócus* da pesquisa uma Unidade de Atenção Básica, Unidade de Saúde da Família - USF. Os participantes foram: o médico da equipe da Atenção Básica, os demais profissionais de saúde que compunham a equipe, como também, os usuários do serviço. Como instrumentos para a produção de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e a observação participante de vivências na USF. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, atendendo as recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas com seres humanos. Os dados produzidos evidenciaram haver um desalinhamento entre a interpretação dos profissionais de saúde, e da comunidade a respeito do papel do médico na atenção básica, e a expectativa do modelo de atenção pautado na atenção primária em saúde em redefinir o enquadramento e empoderamento desse profissional, através da avaliação do seu processo de trabalho. O fluxo de intensidades que atravessam essas relações foi evidenciado em paixões alegres e tristes, capazes de por vezes potencializar, em outras de anular potências de agir desses atores no processo de cuidado em saúde.

Palavras Chaves: Atenção Básica; Medicina de Família e Comunidade, Hierarquia Social.

ABSTRACT

Considering historical reflections of Brazilian's health system changes and its models of care, this study investigates medical work process in primary care, through medical professional social recognition. It was used the qualitative methodology of cartography, formulated by Gilles Deleuze and Felix Guattari, which aims to follow a process and not represent an object, able to approach the researcher of the study object, allowing affections of both. This study allowed to explore the perception of medical doctors that work in primary care, regarding the social value of their profession, as well as the way teammates and the community understand the socio-political relations of doctor as a professional. The study was conducted in Jequié and the locus was a primary care unit. The participants were: the doctor of primary care staff, his teammates - other health professionals who made up the team - and service users. Data were produced by semi-structured interviews with health professionals and participant observation experiences at primary care unit. This study was approved by the Ethics and Research Committee on Human Beings of Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, according Resolution 466 of 2012 of the National Health Council recommendations, which deals with human research. Data produced showed that there is a misalignment between the interpretation of health professionals and the community about the medical doctor's role in primary care and primary health care expectations to redefine medical framework and empowerment, by evaluation of their work process. The flow intensities that pass through these relationships was evidenced in joyful and sad passions, which can sometimes enhance, but in others cancel action potentials of these actors in the health care process.

Keywords: Primary Health Care, Family Practice, Hierarchy, Social

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
USF	Unidade de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNS	Programa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Escolas Médicas
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais

SUMÁRIO

	AFETOS E AFETAMENTOS: A BUSCA POR SE PERMITIR	12
1	INTRODUÇÃO - POR QUE HÁ CONFLITO?	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL DA PROFISSÃO	19
3.1.1	Modelos assistenciais no Brasil e o papel do Médico	19
3.2	ATUAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA	22
3.2.1	Reorganização de Práticas e Valores	22
3.2.2	Formação Médica – Processo de reorientação	26
4	METODOLOGIA	31
4.1	A ESCOLHA DA CARTOGRAFIA COMO CAMINHO DE ESTUDO	31
4.2	CAMPO E LOCAL	32
4.3	PLANEJAMENTO	33
4.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	33
4.5	CONSIDERAÇÕES SOBRE LIMITAÇÕES DO ESTUDO	35
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1	MANUSCRITO 01: O TRABALHO MÉDICO: EXPECTATIVAS E INCERTEZAS NA ATENÇÃO BÁSICA	38
5.2	MANUSCRITO 02: O TRABALHO E TRABALHADORES: RELAÇÕES MICROPOLÍTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	52
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXO	73
	ANEXO - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	74
	APÊNDICES	77
	APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	APENDICE B - Questões disparadoras para a realização das entrevistas	79

AFETOS E AFETAMENTOS: A BUSCA POR SE PERMITIR

A história da medicina perpassa por diferentes momentos, desde sua prática inicial empírica e pouco valorizada até o desenvolvimento científico e tecnológico, capazes de trazer para o centro da sociedade o médico como profissional. Bem verdade, a interferência das mudanças sociais na história afetou a entendimento do papel do médico nas comunidades, principalmente após o surgimento dos princípios da saúde pública, impulsionado pela revolução industrial. Com ela, acontece no Brasil, assim como no mundo, a consolidação da responsabilidade do Estado pela saúde das populações.

De fato, na realidade brasileira, como reflexo dessa história, muitas mudanças aconteceram na maneira de prestar assistência à saúde, desde uma postura assistencialista curativa, perpassando pelo sanitarismo e chegando ao direcionamento prioritário à Atenção Básica - AB à saúde, exigindo adequação dos seus atores às novas práticas. Evidenciou-se, assim, a necessidade de repensar o papel do médico no modelo de atuação na estratégia de saúde pública vigente, o que deveria – mas não parece ter acontecido de fato – se efetivar progressivamente, concomitantemente às mudanças do modelo de atenção. Houve, na verdade, um estranhamento à proposta de trabalho que demanda iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo, incomuns à prática médica tradicional (RONZANI, 2008). O atraso dessa adequação parece ter propiciado um desajustamento do médico enquanto profissional, desconectado das demandas da comunidade e das estratégias governamentais impressas para as suprir, por exemplo na instituição do Programa de Saúde da Família - PSF.

O trabalho do médico, principalmente no sistema público de saúde brasileiro na AB, vem sendo apontado como incapaz de atender às demandas da sociedade, seja por más condições de trabalho nas unidades de prestação de serviço ou por desajustamento entre o profissional e sociedade, considerando as expectativas de cada um deles. Com esse argumento, Gonçalves (2009) relata que, coexistem, no Brasil, equipes de saúde da família centradas no médico, assim como outras centradas no usuário, dependendo da gestão, organização e desenvolvimento local. Na tentativa de ajuste, o PSF, como campo do processo de trabalho dos profissionais de saúde, exigiu uma mudança estrutural na formação e nas práticas

desses profissionais, diferentes das experiências anteriores e na qual há uma lógica operativa diferente daqueles a que se estava habituado (RONZANI, 2008).

Parte desse desajustamento pode ser creditada ao distanciamento efetivo entre as mudanças do modelo de atenção e as escolas médicas, que tardaram por entender e absorver as novas diretrizes de formação profissional, oferecendo ao mercado de trabalho ainda médicos com princípios e expertises insuficientes ao exercício da profissão no PSF. Sem a direção apropriada, o médico se encontra, então, numa posição de instabilidade social, na qual é interpretado como incapaz de efetivar seu papel dentro do novo modelo, exposto ao crivo da interpretação enviesada de sua atuação individual.

Apesar da consciência de que essa gravura não se aplica em todos os cenários de ação da atenção básica, seja por qualificação e ímpeto pessoal ou mesmo por vocação dos atores para o sucesso da proposta, é notória a repetição dessa realidade em muitas comunidades, dando margem a diversos exemplos. Como médica, formada e contaminada pelo modelo assistencialista “tradicional”, curativista, centrado no médico, fui causa e efeito da corrupção desse sistema ao atuar em duas equipes de PSF, em municípios diferentes, com realidades diferentes, em que me eram solicitadas apenas a realização das consultas assistenciais, na carga horária possível.

E, ainda que parecesse haver uma boa aceitação e avaliação positiva dos resultados dessa atividade, sequer me eram propostas, ou mesmo permitidas, a realização de outras atividades promotoras de saúde. Foram se misturando em mim sentimentos conflitantes, como a sensação de cumprir com o acordo firmado com os gestores ao mesmo tempo de sentir vergonha por não executar o que sabia ser minha obrigação, e que poderia, de fato, impactar na saúde daquelas comunidades. E estava claro que essa consciência velada era compartilhada pelos demais integrantes da Equipe de Saúde da Família - ESF, mas que de alguma maneira também se sentiam aprisionados pela situação, incapazes de questionar ou reformular aquele papel ocupado pelo médico na equipe. Fundamentava-se em mim a necessidade do direcionamento das minhas decisões, afetadas pelo enfrentamento entre consciência e inserção social. Rolnik (2011) avalia o sucateamento desses modos de existência promovidos pelo mercado, na tentativa de manter um equilíbrio mínimo na montagem desses territórios:

Vemo-nos solicitados o tempo todo e de todos os lados a investir a poderosa fábrica de subjetividade serializada, produtora desses homens que somos, reduzidos à condição de suporte de valor, quando ocupamos os lugares mais prestigiados na hierarquia dos valores (ROLNIK, 2011).

Rompendo com esse modelo, coloquei-me em refazimento e desconstrução de um território em que estava inserida e senti sangrar ao ir de encontro a um plano de forças que operava em mim. Como alude Rolnik (2011), procuramos um terreno no território das identidades reconhecidas com medo de sermos postos em segundo plano ou pelo simples fato de não sermos aceitos em nossas sociedades.

Desse pulsar, ressoa o que Rolnik (2011) denomina *tensão fecunda* que promove um fluxo de intensidades escapando do plano de organização de territórios, desestabilizando suas representações. E se o primeiro resultado dessa *paixão triste* (DELEUZE, 2002), à época, foi o abandono e a auto-exclusão do território, o empoderamento promovido pela descoberta do *corpo vibrátil* muito além do *olhar retina*, anos depois, no ímpeto da formação do desejo no campo social, me trouxe a maré das potencialidades de modo a liberar os afetos recém-surgidos para investirem outras matérias de expressão e, com isso, permitir que se criassem novos territórios, novos sentidos. Não tendo sido capturada pelo modelo biomédico e tendo sido tocada pela potência da atenção básica na promoção da saúde, lancei-me na busca de novos fazeres enquanto profissional com capacidade e potência de promover saúde e mudanças nas vidas das pessoas.

Cinco anos depois, me encontro de volta ao mesmo território, digerido agora numa *paixão alegre* (DELEUZE, 2002), que desperta em mim a potência de agir, com energia desejante de ser afetada por essas relações. Dessa vez, como tutora das práticas em comunidade do curso de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, essencialmente realizadas nas unidades do Programa de Saúde da Família na atenção básica, no município de Jequié.

E, ao exercer e propor aos discentes o trabalho do profissional da saúde há de se ver que é atravessado por fluxos de intensidades que emergem dos signos provenientes da essência sujeito e do espaço molecular, que constitui o campo da micropolítica do trabalho, resultado de um processo que ressurgue dentro do trabalhador e que dispara uma produção de vida em si. Reitera-se a *autopoiese*, tida como uma “contínua produção de si mesmo, na qual o ser vivo se conserva e continua vivo na realização de sua história individual ontogênica” (FRANCO, 2010, p. 200), o que fundamenta o meu retorno.

1 INTRODUÇÃO

POR QUE HÁ CONFLITO?

No movimento cultural, científico e artístico - que se operou na Europa, nos séculos XV e XVI, a Renascença, a medicina inicialmente ocupou um lugar restrito, quando físicos e cirurgiões habilitados por licença, diploma ou 'carta', conviviam com práticos, os quais predominavam no cuidado à saúde da população e, eram chamados de curadores, entendidos e curiosos. Entre os habilitados, a maioria era nômade, sem clientela fixa e a profissão médica era, então, considerada um ofício que não nobilitava o indivíduo.

Somente a partir de meados do século XVIII, os físicos e cirurgiões começaram a ter maior prestígio social, em parte pelo avanço da medicina em todos os campos, na Europa, onde profissionais renomados auferiram recompensas e honrarias nas diversas cortes. São numerosas as figuras de médicos daquela época, quer seja pelo seu valor intelectual, quer seja pela sua cultura ou pela originalidade do seu pensamento que, até os dias de hoje, suscitam admiração. Contudo, apesar da autoridade que detinha, a medicina apresentava baixo poder de resolubilidade e a posição do médico, ao mesmo tempo de poder e vulnerabilidade, fazia com que o monopólio médico não fosse um fato consolidado (PEREIRA NETO, 2001).

A Revolução Industrial, iniciada em 1750, trouxe transformações político-econômicas e sociais, que fizeram avançar a construção de conhecimentos tecnológicos, o que levou a profundas mudanças nas relações homem-trabalho (divisão do trabalho; fragmentação do saber; produção em série) e, ainda, nas condições sociodemográficas da população atraída para as cidades (COTRIM, 1999). Não aconteceu diferente com a medicina, em que o incentivo pela especialização e pelo uso de artefatos propedêuticos tecnológicos significava status tanto ao médico, detentor do conhecimento, quanto àqueles que tinham acesso a tais profissionais. Para a sociedade, então, o profissional médico se apresentava como um agente social diferenciado, capaz de modificar positivamente a vida das pessoas, o que justificava o retorno financeiro e o poder de representação política.

Com a revolução social, que acompanhou a industrial, com o aumento das populações das cidades e mudanças epidemiológicas nos perfis de adoecimento

das pessoas, Foucault (1977) localiza o nascimento da medicina social, ou saúde pública, que encara a doença em sua dupla natureza, como problema sócio-político e como problema biológico. Era necessário transcender as ideias vigentes do processo de adoecimento, com a clara visão da pluralidade das causas e impacto social das consequências das doenças, como, por exemplo, o absenteísmo e a perda de força de trabalho produtiva para essas e os hábitos de higiene e comportamento, para aquelas.

Culmina-se, então, com a necessidade de repensar no papel do médico nessa sociedade, como único detentor do conhecimento necessário ao controle dos determinantes das doenças, capaz de interferir efetivamente nesse processo. Por um lado, então, já não mais bastava ser médico, sendo possível e talvez inevitável uma desvalorização do profissional. Do contrário, porém, ao médico foi permitido se tornar uma autoridade administrativa, fundada na competência de um saber normatizado (formação) e regulamentado (profissão), com manutenção, ou mesmo elevação, do prestígio social que recebia (FOUCAULT, 1977).

Num movimento de contracorrente, no entanto, na medida em que os conhecimentos sobre anatomia, histologia, patologia, bioquímica, fisiologia e microbiologia ampliaram-se, por volta de 1880 a 1905, a Medicina Social perde crédito na Europa e muitos médicos passam a referenciar o determinismo biológico, de modo a defender que à ciência médica bastaria solucionar as doenças, sem interferência significativa das condições sociais. Ao médico foi permitido retornar ao seu propósito original, esse já absolutamente legitimado pela valorização da sociedade científica (DA ROS, 2000).

Não é difícil de imaginar que as décadas seguintes se ocuparam de centrar a medicina, segundo Luz (1988), nas doenças e, portanto, investida na terapêutica, na cura, por meio de intervenções exclusivamente médicas prescritivas. Como consequência, o cuidado médico desviou-se definitivamente do foco do doente e das suas relações sociais, para a valorização do agente da doença a ser tratada por meio de drogas, o que só seria possível pelos dotados do saber médico privilegiado. Se, por um lado, necessário, esse tecnicismo afastou do médico a imagem humanizada, o aproximou de uma prática cartesiana, com um trabalho final mais concreto e, portanto, passível de ser visto como um produto. E, como tal, a desvelada comercialização da prática médica trouxe consigo uma desaprovação

daqueles que esperavam da medicina uma prática altruísta encrustada nas demandas sociais, crescentes à época.

Com o passar o tempo, a prática médica aut centrada, anunciadamente autosuficiente, margeia uma crise, na qual a visão biologicista, a especialização fragmentada do saber e o alto custo do acesso à tecnologia, inacessível a maioria das pessoas, levaram à desmitificação do ser médico, distante do objetivo benevolente maior do bem social. Além disso, a já fragilizada relação médico-paciente, influenciada pela atitude envaidecida do poder determinante, direciona para a insatisfação de grande parte de usuários dos serviços de saúde, públicos ou privados. Com tudo isso, mergulhamos hoje numa crise profunda de mudança da visão que a sociedade tem do profissional médico, de certa forma, o culpabilizando pela ineficiência da medicina individual e coletiva, desconectada do determinismo social e da humanização. Culmina-se com a decepção coletiva com a profissão através do profissional.

Diante de tais colocações é que faço os seguintes questionamentos: De que maneira o médico percebe seu valor social e importância de sua atuação para a Atenção Básica? Qual a percepção do profissional médico em exercício na Atenção Básica sobre o que a população espera da sua atuação? Qual a compreensão do médico sobre o universo do processo de trabalho ofertado pela Atenção Básica para a sua atuação? Qual a percepção do profissional médico em exercício no sistema público da valorização que é dada à profissão nesse momento, no Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho dos médicos na Atenção Básica sobre a valorização social da profissão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a percepção dos médicos sobre a valorização social de sua atuação na Atenção Básica.

Verificar a percepção do médico sobre a expectativa da população acerca do seu trabalho na Atenção Básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL DA PROFISSÃO

3.1.1 Modelos assistenciais no Brasil e o papel do Médico

No contexto das discussões mundiais sobre as reformas dos sistemas de saúde, surge a necessidade de conceituar “modelos assistenciais”, para explicitar os princípios das atividades propostas por cada um deles. Segundo Paim (1999), modelos assistenciais são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho de saúde, indo além das organizações dos serviços de saúde do modo de serem administrados. Moreira, em 2012, reitera que os modelos assistenciais não surgem baseados apenas nas tecnologias disponíveis em um dado momento histórico, elas expressam o interesse de determinados atores, que disputam a hegemonia de um determinado setor da sociedade, do ponto de vista ideológico e político.

Neste particular, Merhy (1992a) reitera que os modelos assistenciais como produto das articulações entre os saberes técnicos e a política, expressão dos projetos de determinados grupos sociais. Nesse contexto, muitos foram os papéis ocupados pelo profissional médico como agente efetivo dos modelos assistenciais, de modo a exigir a adequação da sua representação social.

Analisando o profissional médico em sua atuação na assistência em saúde vivenciada no Brasil, assim como no mundo, ganha destaque o modelo médico assistencial, que trazia consigo os princípios da atenção à saúde curativista, individualizada, centrada no consumo de consultas médicas, realizadas por médicos fortemente influenciados pelos anseios filosóficos europeus. Contaminado pela ideologia capitalista, atribuíram-se às enfermidades causas individuais, assim como a dicotomização do cuidar, apresentando o paciente como receptor do cuidado e os profissionais de saúde, sobretudo na figura do médico, a administração das terapêuticas, atribuindo-se a este o poder político da modificação do desfecho e

àquele a expropriação do controle da sua vivência na saúde. Trata-se da reprodução dos princípios da medicina científica, que viu no século XVIII o desenvolvimento de saberes tão específicos quando exclusivos dos pensadores médicos.

A partir de 1930, pôde-se vivenciar uma maior participação do Estado na responsabilização pela assistência médica, ao menos para os trabalhadores inseridos no mercado formal, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, concretizando a medicina previdenciária. Apesar do controle governamental, a prática assistencial ainda era individualizada, curativista, realizada prioritariamente no ambiente hospitalar e, acima de tudo, centrada no médico, mais uma vez conferindo a este um papel de destaque no processo de cuidado à saúde. Para esse modelo, há um credenciamento de profissionais médicos e compras de procedimentos realizados e hospitais privados, além do incentivo à assistência privada, que veio culminar com a criação das empresas médicas e seguradoras, tendo como resultado um sistema público de saúde heterogêneo e de acesso restrito à população (DA ROS, 2000).

Essa filosofia assistencial influenciou fortemente a formação médica, além da organização de serviços de saúde nas décadas que se seguiram. As intenções curativista trouxeram consigo “necessidades novas: grandes centros hospitalares, universitários e de pesquisas com crescente consumo de equipamento tecnológico de custo e complexidade cada vez maiores, medicamentos e compostos químicos que originaram uma das mais prósperas e poderosas indústrias da sociedade capitalista. A prática médica transformou-se em atendimento médico individualizado com forte dependência tecnológica, e altos custos”, nas palavras de Agudelo (1984, p.119).

Com isso, foi possível, e incentivada, uma vultosa expansão das redes hospitalares de prestação privada de serviço, fortalecendo a prática individualizada que tem o profissional no centro do processo de cuidados. De fato, em 1968, quando o governo federal lança o Plano Nacional de Saúde (PNS) fica claro o estímulo para que as atividades de assistência médica sejam de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p.201-205), reiterando a intenção capitalista primordial dos modelos norte-americanos, forte influência política da época.

Com a participação crescente do Estado na oferta de serviços de saúde, apresenta-se o modelo sanitarista, com a implantação dos sistemas de vigilância à

saúde, a valorização da epidemiologia das doenças e agravos nas determinações de processo saúde-doença. Ações pontuais sanitárias podem ser identificadas desde a época do Brasil Império, nas medidas de controle sanitário, assim como, na República Velha se realizavam campanhas de controle de epidemias como febre amarela e varíola, realizadas sob forte influência de Oswaldo Cruz. Porém, para além das campanhas verticalizadas e pontuais, a institucionalização de programas de controle de agravos transmissíveis ou relacionados a exposições a fatores ocupacionais, ambientais ou sociais, é entendida como o marco forte do modelo sanitário (RANGEL, 2009).

O papel do médico continua sendo central no processo de identificação da doença e determinação das condutas a serem tomadas no âmbito individual, denunciando que o novo modelo ainda se mostrava contaminado pelo modelo anterior. Pela primeira vez, no entanto, havia intenção de impacto na coletividade, dada a necessidade de promover segurança ao mercado agroexportador, possível apenas com medidas sanitárias extremas, normalizadas e controladas pelo Estado, a serem exigidas da população das cidades. Dessa época, datam as ações para notificação compulsória de agravos à saúde pública e situações de calamidade, o que mais uma vez cabia aos médicos, além da criação de estruturas administrativas locais (estaduais e municipais) para suportar as ações sanitárias (RANGEL, 2009).

O movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro toma novos ares na VIII Conferência de Saúde em 1986 – um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, em consonância com os movimentos internacionais, com a intenção de buscar alternativas aos modelos de atenção vigentes, com baixa cobertura assistencial, ineficiência administrativa e custos elevados. As discussões acadêmicas e políticas do momento pretendiam repensar a crise do modelo médico-assistencial prevalente, não apenas nos serviços assistenciais, mas também dentro das escolas médicas, com a criação dos departamentos de medicina preventiva, para repensar as práticas de organização das ações e serviços de saúde. Daí brota as ideologias da medicina comunitária e medicina familiar, que pretendem valorizar o território e, pela primeira vez, os determinantes sociais das doenças para efetivar a promoção da saúde.

Esse modelo se apresentava como uma proposta de reforço da prática médica, para que pudesse ser incorporada uma “atitude preventiva” às práticas

curativista, diagnósticas e terapêuticas. Paim (1986) apresenta esse modelo como uma possibilidade a se somar à prática clínica individualizada, incorporando a comunidade como objetivo de conhecimento e intervenção. Para tanto, eram necessárias mudanças na formação de profissionais de saúde no país, tanto na graduação como na oferta de cursos de pós-graduação capazes de sensibilizar para o novo modelo de atenção proposto. Essa necessidade se amplifica na formação do profissional médico, pela demanda de uma ruptura abrupta com o paradigma do poder social adquirido pela história da medicina no país.

3.2 ATUAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA

3.2.1 Reorganização de Práticas e Valores

Muitos encontros de pensadores sociais e técnicos nos anos 80 produziram uma série de documentos que buscavam embasar o que seriam os referenciais filosóficos e diretrizes políticas do pensar saúde, que vieram a culminar com a premissa da Constituição Brasileira da “*saúde como um direito de todos e dever do Estado*”, concretizada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). É verdade que as primeiras práticas do sistema estavam ainda baseadas num modelo centrado na doença, curativista, hospitalocêntrico, que trazia na figura do médico o pilar maior de sua sustentação. E assim se perpetuaram as ações de investimentos em atenção à saúde terciária, procedimentos intervencionistas e propedêutica armada.

Neste modelo, em consonância com a visão mundial aceita da medicina, era incontestável a relevância do médico como centro dos processos assistenciais. Para os profissionais médicos, e, ainda mais intensamente, para a população, ficava a premissa da necessidade de valorizar o profissional para ser possível a efetivação do cuidar.

Muitas vezes, no entanto, essa representação social incentiva uma visão mítica do profissional médico como detentor do poder inquestionável da determinação dos desfechos, não podendo ser importunado, duvidado, poder esse inclusive legitimado pelos atores médicos e pacientes. Promove-se, segundo Machado (1997, p.15), um sistema de dominação tanto mais eficaz quanto maior a

sua legitimidade. Essa vertente promove, então, o distanciamento do médico, como profissional, e inevitavelmente como pessoa, dos outros atores do cuidar, como os profissionais com outras formações (entenda-se enfermeiros, fisioterapeutas, gestores, entre outros), mas acima de tudo, dos pacientes e da comunidade. Tudo isso é direcionado a um inevitável distanciamento da profissão, através do profissional.

Com o passar dos anos percebe-se o baixo impacto das práticas curativistas na saúde geral da população, a despeito dos elevados custos promovidos pelo modelo de atenção. Chega, inevitavelmente, a frustração dos profissionais envolvidos, inclusive o médico, que, percebe seu papel social ruir pela incapacidade de efetivar seu saber, e, portanto, seu poder, lhe causando sofrimento. Palácios (1993) descreve categorias para compreender a mediação entre trabalho médico e sofrimento, valorizando: a “Carência de poder” – relacionada à perda de controle do trabalho e suas habilidades; e a “Falta de significação do trabalho” - atribuída à divisão do trabalho, que leva à ausência de responsabilidade concreta, não requerendo a sua compreensão do processo como um todo.

A solução encontrada, como estratégia gerencial do sistema, é reorganizar as práticas, através da valorização da assistência primária, como estratégia de prevenção e controle de riscos e agravos, na tentativa de evitar suas complicações e reabilitação dos casos já com danos instalados. Para tanto, a atenção primária à saúde, realizada no seio das comunidades, pretende valorizar a epidemiologia e os determinantes sanitários e sociais dos processos de adoecimento, como estratégia de produzir saúde, mesmo que ainda vista como ausência as doenças. Esse modelo também se mostrou, no entanto, contaminado pela filosofia curativista, centrada no médico, uma vez que dependia dele para se exercerem as ações de saúde prescritivas, no tratamento das patologias primárias, ou mesmo nas ações de prevenção.

O conceito de saúde, então, urge por ser ampliado, ganhando status constitucional de “*bem estar bio-psico-social*” o que é feito na perspectiva da promoção da saúde, capaz de envolver novos atores sociais, para além dos profissionais de saúde de uma equipe tradicional, como por exemplo sanitaristas, administradores, engenheiros, capazes de influenciar no cotidiano das pessoas, assim como a própria comunidade, através do controle social. Em 1994, o Ministério da Saúde cria incentivos financeiros para os municípios implantarem Equipes de

Saúde da Família como estratégia de reorganização do modelo. No qual já não cabe hierarquização, diferenciação do valor de cada profissional, rompendo com os paradigmas impostos historicamente ao profissional médico, se esperando que a atuação multiprofissional permita a efetivação da interdisciplinaridade e até da transdisciplinaridade como caminho para prestação do serviço de saúde ideal.

O redirecionamento do modelo de atenção impôs a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde. Exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Para tanto, a Portaria 2488 de 2011 apresenta as diretrizes a serem seguidas pelos profissionais da atenção básica, na implementação desse modelo de atenção.

Nesta portaria, são descritas as atribuições de todos os profissionais que compõem a equipe, fundamentadas no redirecionamento das práticas de cuidar com: ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2011).

A normatização trazida pela Portaria 2488/2011 mostra sintonia com o conceito mais atual de saúde e se esforça para instrumentalizar sua efetivação. Essas atribuições estão baseadas no modelo de atuação de saúde pública que prevê aproximação dos atores envolvidos (trabalhadores e usuários) como premissa para efetivação dos planos de cuidados adequados aos indivíduos daquelas comunidades.

Ao se referir às atividades específicas do médico, a Portaria 2488, apesar de se propor a o aproximar dos demais componentes da equipe, são reiteradas e centralizadas as ações assistenciais terapêuticas, associadas às ações de educação em saúde, em intersecção com demais instâncias assistenciais do sistema, valorizando a postura gerencial do profissional.

Ao descrever as funções comuns a todos os profissionais de saúde em atuação na atenção básica, engloba, para muito além das atividades assistenciais, as esferas locais de planejamento e execução das atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, além, claro, das ações assistenciais. Mais que isso, traz nas atribuições específicas dos médicos, confluência com as dos demais atores

do processo de cuidar na atenção básica, insistindo no envolvimento interdisciplinar, não mais fazendo valer a cultura da hierarquização. Enfim, nesse modelo de atenção reformulado, ao médico é computado o mesmo poder dos demais membros da equipe.

No entanto, expõe-se na mesma Portaria o condicionamento do modelo de financiamento da equipe do PSF à presença do médico, denunciando uma quebra inquestionável da equiparação ao papel dos demais profissionais da equipe, permitindo o seu empoderamento político e afastamento dos demais atores do processo de cuidar, o que, desde já, distorce a interpretação do papel do médico naquela equipe. Não bastasse, também são apresentados modelos flexibilizados de cumprimento de carga horária pelo médico, até mesmo com associação a mais de uma equipe, podendo causar fragilidade ao vínculo com a comunidade e comprometer o resultado final do trabalho.

Muito são os motivos que poderiam ser aventados para tentar justificar essas particularidades da normatização, permitindo a flexibilização desse posto de trabalho. São alguns: número de médicos em atividade no Brasil insuficiente; limitada vocação histórica para executar ações em medicina de família, dada pela formação médica com bases na medicina especializada curativista; políticas institucionais incipientes de incentivo e apoio à interiorização do trabalho médico, mantendo a concentração dos profissionais em capitais e grandes centros.

Além disso, é relevante considerar que, a despeito da normatização do modelo de exercício da carga horária de trabalho do médico da equipe de saúde da família, não há previsão, nesta portaria, da maneira de contratação profissional – isso, inclusive, referente a todas as categorias profissionais – não havendo previsão de realização de concurso, ou outra forma legalizada de contratação para serviço público. Com isso, as contratações de médicos para compor as equipes terminam por acontecer através de nomeações políticas, em “cargos de confiança”, essencialmente precarizados em sua constituição trabalhista, podendo também configurar mais uma dificuldade de captação do profissional comprometido para o programa.

Não bastasse a remuneração oferecida ao profissional médico é definida pelo próprio município, uma vez que, não está provisionada pela Portaria, muitas vezes não alcançado o valor de mercado para remuneração justa na carga horária contratada. Uma das consequências pode ser o acúmulo de vínculos e com eles

jornadas de trabalho fragmentadas, inclusive com redução do período de atividade presencial na unidade, suficientes para descaracterizar o vínculo efetivo do profissional com a equipe e a comunidade.

O impasse torna-se, então, justificativa para adaptações do modelo de atenção, em que pese a necessidade incondicional da presença do médico, porém não se concretizem as condições técnicas e trabalhistas adequadas para tal. Por conta disso, os acordos de contratação acabam por permitir adaptações na de carga horária efetiva de trabalho do médico (que, idealmente, deveria ser exclusivo), priorizando as atividades destinadas às consultas assistenciais – resolvendo as demandas imediatas dos usuários, e preterindo as atividades de prevenção de doenças e complicações e promoção à saúde.

De fato, com a flexibilização da carga horária presencial nas unidades, passam a sair da agenda de atividades médicas as práticas programadas de educação em saúde, acompanhamentos de grupos com problemas comuns, reuniões com as equipes para discussão de casos, interseção com outros setores como educação, saneamento, cultura, enfim, a realização das atividades que possam ser nomeadas primordialmente como promotoras de saúde. Com isso, mantém-se a perspectiva da não efetivação do trabalho do profissional médico como idealizado nesse novo modelo de atenção, com objetivos, portanto, inalcançáveis, permitindo a manutenção, ou mesmo exacerbação, da insatisfação tanto do profissional como da comunidade.

3.2.2 Formação médica – processo de reorientação

A adequação do ensino médico às necessidades de saúde da população mostra-se como uma diretriz imponente ao propósito da formação profissional, consonante com as mudanças experimentadas pela proposta assistencial do serviço de saúde público no Brasil (LAMPERT, 2002).

Até finais do século XIX, a prática médica no Brasil guardava as características de profissão exercida por um produtor individual de prestação de serviços de saúde, autônomo, desconectado das práticas coletivas. A maioria dos profissionais que atuavam no atendimento aos doentes tinha formação generalista,

incentivada pelo restrito número de profissionais médicos, de modo que poucos deveriam assistir e conduzir muitos e diversos problemas relacionados à saúde humana. Essa realidade trouxe consigo o fardo da lentidão da produção científica especializada. Quando produzidos, essencialmente nos grandes centros acadêmicos, principalmente europeus, tais conhecimentos percorriam um caminho lento até os médicos brasileiros, numa época sem facilidades de publicação e disseminação da informação na velocidade necessária à aplicação do conhecimento.

Em seguida, vem a concretização da fragmentação do saber médico em inúmeras especialidades, nas quais determinados indivíduos poderiam se debruçar no estudo e, talvez, na produção do conhecimento por meio da pesquisa, em determinada área de atuação médica, desmembrada em órgãos e sistemas. A especialização médica previa que se cada profissional pudesse abranger e consolidar conhecimentos específicos e avançados em cada área, os pacientes, com demandas diferentes, poderiam se servir de um elenco diferente de oportunidades de receber orientações e acompanhamentos direcionados e peculiares.

Não desprovido de sentido, porém empobrecido pela perda da visão humanística do todo, a formação médica transformou-se “em um somatório empobrecido de uma infinidade de recortes especializados, superpostos e às vezes contrapostos, cuja possibilidade de integração torna-se um exercício formal e abstrato, em boa parte dos casos sob inteira responsabilidade do aluno”, nas palavras de Facchini et al. (1998).

O desenvolvimento de tecnologias para aplicação na assistência à saúde, diagnósticas ou terapêuticas, aprofundou a divisão do trabalho médico – e, com isso, sua formação – segregando os profissionais ou futuros profissionais, em grupos daqueles que teriam, ou não acesso aos recursos na sua prática clínica futura. Levando ao treinamento em diferentes “medicinas”, para diferentes populações, guiadas por diferentes escolas. Não seria possível, sob essa ótica, oferecer uma atenção à saúde igualitária e equânime. Também, nessa vertente de formação profissional, consolida-se a filosofia da assistência centrada na doença, curativista, hospitalocêntrica, hoje reconhecidamente cara e ineficaz, sendo, então, uma estratégia de saúde pública administrativamente inviável (OLIVEIRA et al., 2007).

A partir de 1988, a saúde como efeito político foi repensada, sendo expressada, no artigo 196, da Constituição Brasileira: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A reorganização das escolas formadoras de profissionais de saúde, principalmente, as escolas médicas – centros do modelo de assistência anterior – era, portanto, urgente e inevitável. A qualificação dos profissionais que seriam os agentes do novo modelo de atenção à saúde (e não mais apenas assistência) precisava estar sintonizada e sincronizada com as mudanças políticas e sociais, em ebulição. Os desafios de operacionalizar as mudanças acadêmicas com brevidade, mas, acima de tudo, com efetividade, exigiram suporte político e administrativo, além de uma revolução acadêmica na internalização de conceitos, quase impraticáveis, ao modelo do ensino médico em vigor.

Urgia repensar a formação do profissional médico, que deveria ser capaz de implementar em suas práticas, a universalidade, ampliando as possibilidades de acesso aos serviços; a integralidade, já em embate ao princípio da especialização negativa ao generalismo; a equidade, com maior oferta aos mais necessitados, para que as oportunidades de promoção de saúde se equiparassem; e o controle social, trazendo para a “beira do leito”, para dentro dos consultórios médicos e de quaisquer espaços de atenção à saúde, a comunidade, como agente do processo de planejamento, efetivação e práticas de promoção da saúde. Enfim, deveriam ser formados profissionais com compromisso com a cidadania, como promotores da saúde integral do ser humano (MARTINS, 2006).

O profissional médico, portanto, deixaria de ser o centro do processo de atenção à saúde, passando a ser, um dos agentes referenciados como detentor de um conhecimento técnico e gerencial das estratégias de promoção da saúde, o que exigiria da sociedade a cristalização de suas demandas, para efetivação das práticas. Filosoficamente, trata-se de uma ruptura agressiva e abrupta da representação social do médico, difícil de ser confrontada no berço da escola médica.

Com todo esse embasamento, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) concebeu o projeto “Educação Médica nas Américas” (CHAVES; ROSA, 1990), também discutido e fundamentado nas discussões da Segunda Conferência

de Edimburgo (WORLD, 1991) e o “Encontro Internacional de Educação Médica” (OPAS, 1997). Ainda no início da década de 90, o “Programa (ou Projeto) UNI”, se caracterizou pela parceria entre universidades latino-americanas, serviços de saúde e organizações comunitárias, objetivando trabalhar programas de transformação da formação profissional (KISIL; CHAVES, 1994). O Brasil recebeu 6 de 23 iniciativas implementadas nesse programa.

Em seguida, a constituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Escolas Médicas – CINAEM - verificou a inadequação do modelo pedagógico dominante para a formação profissional conforme as reais necessidades de saúde (CINAEM, 1997), fundamentando recomendações entregues aos Ministérios da Educação e da Saúde, em 1997, o que, se mostrou como um marco de interação política entre as escolas de medicina e a comunidade médica, em busca de mudanças.

O Ministério da Saúde, então, propõe o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED – (BRASIL, 2005), elaborado e iniciado nos anos 2001 e 2002, visando à implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina. Já enfatizava a relação ensino-serviço lapidada e melhor fundamentada com a participação do gestor de saúde. No final de 2005, o Ministério da Saúde lança Pró-Saúde, num novo programa de ampliação do incentivo às mudanças curriculares, em parceria com o Ministério da Educação. Está claro que não se trata mais de formar profissionais apenas com competência técnica, mas que tenham vivência sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com controle social, possível apenas, através da interação visceral entre formação médica e serviços de saúde (OLIVEIRA, 2004; BRASIL, 1999).

Nesse contexto, a preparação do profissional médico para atuar no novo modelo de atenção básica à saúde, no Programa de Saúde da Família - PSF, exigiu uma mudança de caminhos: anteriormente, quase a totalidade dos médicos formandos almejava ingressar em uma residência médica a fim de obter especialização; a partir de agora, deveria ser atrativo o trabalho no PSF após a graduação, de modo que a estruturação do serviço, com oferecimento de boas condições de trabalho, adequado ambiente físico e instituição de processos de trabalho individualizados e a mesmo tempo plurais, multidisciplinares e adequados à

realidade da comunidade local, além de, claro, boa remuneração e plano de carreiras.

As novas estratégias de ensino médico aplicado ao serviço de saúde em atenção básica, que objetiva formar generalistas aptos e entusiasmados a trabalhar no PSF, prevê alguns preceitos educacionais, segundo Souza et al. (2008):

1. Perspectiva ética, humanística, com senso social de responsabilidade civil e comprometimento com os cidadãos de seu país;
2. Orientação quanto à promoção da saúde e prevenção de doenças;
3. Habilidade de compreender o conhecimento básico e integrar, aplicar na prática em comunidade;
4. Orientação de ações em níveis primários e secundários de atenção e resolução adequada de problemas de saúde;
5. Habilidade de lidar com pequenas urgências e emergências;
6. Habilidade de se comunicar e lidar com aspectos multiculturais da relação médico-paciente;
7. Habilidade de continuar o aprendizado durante sua vida profissional para melhorar sua performance;
8. Habilidade de agir em equipe e de liderar uma equipe multiprofissional.

Todo esse processo ainda está em franca atividade, com andamento de processos de transformação do ensino médico, cada vez mais interativo, mais incrustado nos serviços de atenção básica à saúde, no PSF. Iniciada essa jornada, ainda se mostra necessário o encontro entre inovações curriculares no ensino médico e políticas públicas no campo da saúde, criando oportunidades que, com esforço e compromisso dos profissionais da assistência e da educação podem promover uma saúde de qualidade para o país.

4 METODOLOGIA

4.1 A ESCOLHA DA CARTOGRAFIA COMO CAMINHO DE ESTUDO

Conforme Boaventura, na denominada “Crise do paradigma dominante” – *Não conhecemos do real senão a nossa intervenção nele*. No antipositivismo do final do século XX, vai-se além da necessidade do conhecimento das coisas, chega-se no desejo desesperado do conhecimento do conhecimento das coisas, ou seja, o conhecimento de nós mesmos, valorizando os contextos culturais e as condições sociais, levando a maior personalização do conhecimento produzido (SANTOS, 1995).

Ainda segundo Boaventura (1995) em sua “*teoria do paradigma emergente*”, todo conhecimento é autoconhecimento. Para tanto, a relação sujeito/objeto, cientista/conhecimento, necessitou ser abruptamente encurtada, obrigando a uma observação participante, revelando o caráter autobiográfico e autorreferenciável da ciência. Objetiva-se, portanto, a produção de um conhecimento compreensivo e íntimo, que nos una ao que estamos estudando.

Sendo tarefa do cartógrafo, segundo Rolnik (1989), dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. Por isso as estratégias escolhidas pelo cartógrafo precisam buscar fontes variadas, não só escritas, tampouco teóricas. Se utiliza de matérias de expressão, misturadas a outras capazes de permitir a passagem das intensidades que desvelam as situações produzidas pelos encontros de energias desejantes positivas ou negativas, produtoras, respectivamente, de “paixões alegres”, ou “paixões tristes”, o que aumenta a potência de agir no mundo.

O cartógrafo se propõe a embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade. Propõe enxergar esses territórios para muito além do “olhar retina”, fatídico, concretista, que apenas vê e sim dilatar-se, deixar seu “corpo vibrátil” capaz de transpor as fronteiras do visível, interagir com todas as frequências

possíveis e que sejam capazes de produzir energia nos encontros, canais de passagem, carona para a existencialização.

Sob essa perspectiva, ao cartógrafo é conferido o status de “inventor” dos caminhos territoriais de encontros, em função daquilo que pede o contexto em que se encontra, num determinado momento, contanto que o permita, ainda segundo Rolnik (1989), se colocar, sempre que possível, na adjacência das mutações das cartografias, posição que lhe permite acolher o caráter finito e ilimitado do processo de produção da realidade que é o desejo. Para que isso seja possível, ele se utiliza de um “composto híbrido”, feito do seu olho, é claro, mas também, e simultaneamente, de seu corpo vibrátil, canalizando as intensidades, dando-lhes sentido.

Por tudo isso, no método da cartografia está intrínseca a inseparabilidade entre conhecer e fazer. Mais ainda, a cartografia traz consigo a necessidade de mergulhar na experiência que agencia sujeito e objeto, trazendo para o plano da experiência a teoria e a prática (PASSOS, 2009, p.17). Assim sendo, a cartografia, como método de investigação menos cartesiano e matemático, mostrou-se ideal para compreender o papel do médico como fenômeno social, visando à obtenção de um conhecimento descritivo e compreensivo, ainda que menos explicativo.

4.2 CAMPO E LOCAL

Este estudo foi realizado no município de Jequié, no estado da Bahia, localizado a 365 km da capital, Salvador. Jequié possui uma população estimada em 161.391 habitantes segundo dados publicados IBGE em 2013. Tem uma área de extensão de aproximadamente 3.035 km² e é conhecida por sua forte vocação comercial e agropecuária. A principal rodovia de acesso é a BR 116, principal rodovia do país, responsável pela drenagem de cargas de produção de diversos setores entre as regiões sudeste e nordeste do país.

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal, contando com vinte e oito equipes de Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde - UBS, que é responsável por 58% de cobertura da Estratégia Saúde da Família no município.

O lócus desse estudo foi o íntimo do processo de trabalho do médico na Atenção Básica, por compreender ser este o local no qual se operam os fluxos que perfazem a relação médico paciente. Nesse sentido, os territórios físicos e processuais se apresentam na própria unidade de AB que executam o Programa de Saúde da Família.

4.3 PLANEJAMENTO

O estudo pretendeu observar a dinâmica das relações sociais em atividade durante a atuação dos profissionais de saúde, sobretudo o médico, no Sistema Único de Saúde, em uma unidade de Atenção Básica - AB sediada no município de Jequié, que executa o Programa de Saúde da Família. Para permitir a vivência aprofundada, foi optado por acompanhar as atividades de uma só equipe, de modo a se permitir o contato mais frequente e mais aproximado das situações cotidianas e com isso o enfrentamento das análises das relações de maneira mais legítima. A escolha da unidade/equipe foi feita considerando o território onde os fluxos de energia poderiam ser melhor observados e vivenciados pela autora, de modo que se decidiu por realizar o estudo na unidade onde havia trabalhado previamente como médica da equipe, cujos vínculos estavam preservados com os colegas de equipe e com a própria comunidade.

4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA A PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Considerando as premissas dos estudos de cartografia, numa perspectiva construtivista, não há coleta de dados, mas, desde o início, há uma produção dos dados da pesquisa (KASTRUP, 2009), uma vez que visa acompanhar um processo e não representar um objeto (PASSOS, 2009, p.30).

Para produção dos dados, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com o médico e demais profissionais da equipe que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido e observação participante das relações sociais vivenciadas por profissionais e usuários da unidade de atenção básica acompanhada:

- 1) Entrevista semiestruturada: representa uma forma especial de desenvolver o método de entrevista, permitindo maiores possibilidades no diálogo com o participante do estudo, uma vez que tanto o entrevistado, como o entrevistador podem se desvelar dos limites do território central da discussão. Passos (2009, p.109) reitera que é pela desestabilização das formas, pela sua abertura (análise), que um plano de composição da realidade pode ser acessado e acompanhado. Com esses pressupostos, as entrevistas com o médico e demais profissionais da equipe de saúde foram realizadas no território físico da própria unidade de saúde da AB, considerando ser esse o território social onde estão presentes os fluxos de intensidade das relações, onde se materializam as representações sociais do trabalho. Ao estar afetado pelos encontros desses dois territórios – o físico e o das relações sociais – esperou-se estarem mais evidenciadas ao entrevistado e ao entrevistador as potencialidades das perguntas e respostas das entrevistas, permitindo se desvelar elementos potencializados para compreensão da realidade. Apesar da previsão dos questionamentos pré-determinados, foi permitido às duas partes a liberdade de discorrer sobre outras questões consideradas pertinentes naquele momento, oferecendo a liberdade pressuposta pelo antimétodo cartográfico. De fato, ao cartógrafo é permitido romper com os laços da metodologia concreta e cartesiana, controlada e previsível, que, ao se desnudar das amarras da suposta reprodutibilidade, permite que a produção de efeitos de transformação individual e da vivência daqueles momentos. Os dados produzidos foram gravados em equipamentos de áudio, durante a entrevista, com transcrição posterior, na íntegra. Os dados transcritos foram interpretados sob a ótica da análise de implicação, permitindo a cartografia daquele momento particular de afetamento e produção de intensidades desejantes, capaz de desvelar em si os elementos para compreensão da realidade.
- 2) Observação participante: foram realizadas, ainda, visitas observacionais na unidade de atenção básica onde os entrevistados realizam suas atividades, nas quais foi observada a dinâmica das relações sociais, com a

intenção de apreender das vivências dos atores sociais presentes nas unidades (usuários, médico e demais profissionais da equipe) situações que exemplifiquem, ratifiquem ou mesmo contraponham os dados produzidos nas entrevistas. Não estavam previstas, nesta etapa, entrevistas diretas com as pessoas envolvidas nas vivências, porém, considerando as premissas do antimétodo cartográfico, foi inevitável a intervenção verbal ou gestual da autora com o objetivo de provocação da interação entre os agentes. Todas as ações tomadas foram minuciosamente descritas em diário de campo, com registro imediato e literal. As vivências descritas também foram analisadas sob a ótica da análise de implicação, com intenção de as conectar aos dados produzidos nas entrevistas.

4.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A cartografia como metodologia de produção de dados assume a máxima de que *“toda pesquisa é intervenção”* (PASSOS, 2009, p.17). Nesse desenho proposto para produção de dados, a prerrogativa da identificação de elementos para compreensão da realidade das relações sociais na AB impõe a intervenção imediata e irrevogável no entendimento da pesquisadora – e possivelmente também dos entrevistados – sobre as situações desveladas. É preciso se atentar, no entanto, que este estudo encontrou como limitações a improbabilidade de produzir efeitos intervencionistas das relações sociais propriamente ditas, uma vez que não se propõe a acompanhar os processos em momentos continuados, sequenciados, o que certamente revelaria e propulsionaria o impacto das interações dos fluxos de energia desejante, esses, sim, agentes irrevogáveis de mudanças sociais. Os resultados produzidos nesse estudo, porém, podem subsidiar novos desenhos que possam efetivar essas mudanças.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Antes de iniciar a produção de dados, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define os preceitos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). A proposta desse estudo foi submetida à Plataforma Brasil e após a solicitação requerida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UESB, sendo esta aceita, com o parecer número 957.555. A participação direta dos indivíduos nas entrevistas foi condicionada à aceitação e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No início da produção de dados, os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os possíveis riscos e possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano que estarão expostos – também conforme a Resolução 466/2012 do CONEP, ainda que se preveja ser esta uma possibilidade remota. Foram informados, ainda, que caso haja algum dano, os responsáveis pelo estudo arcarão com os mesmos. Foi garantido aos sujeitos o sigilo e o anonimato. Além disso, considerando que nessa produção de dados está implicada a exposição da vivência pessoal, o que poderia causar desconforto, aos participantes foi garantido o direito de se recusarem a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que ocorresse qualquer prejuízo individual ou coletivo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo serão apresentados no formato de dois Manuscritos.

Manuscrito 01:

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da Revista Científica **Interface** ISSN 1807-5762. Acesso em outubro de 2015.

Manuscrito 02:

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da Revista Científica **Trabalho, Educação e Saúde** ISSN 1981-7746. Acesso em outubro de 2015.

5.1 MANUSCRITO 01

**O TRABALHO MÉDICO: EXPECTATIVAS E INCERTEZAS NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Tiana Mascarenhas Godinho Reis
Alba Benemérita Alves Vilela

TRABAJO MÉDICO: EXPECTATIVAS Y INCERTIDUMBRES EN ATENCIÓN
PRIMARIA

MEDICAL WORK: EXPECTATIONS AND HAZINESS IN PRIMARY HEALTH CARE

RESUMO

Conflitos entre a formação médica tradicional e os novos focos coletivos e preventivistas do modelo assistencial em vigor na saúde pública brasileira podem imprimir no médico em atuação na Atenção Básica a sensação de inaplicabilidade do seu saber. Buscando acompanhar esse processo, este estudo objetivou desvelar a maneira como os atores sociais avaliam o papel do médico na Atenção Básica, utilizando a cartografia como método de produção do conhecimento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante do processo de trabalho em unidade básica de saúde no município de Jequié, Bahia. Na expressão do médico, desvelou-se descrença em seu fazer profissional no contexto na Atenção Básica, evidenciando decepção e frustração. Por outro lado, por parte dos demais atores envolvidos, evidenciou-se conformismo e resignação com a efetivação do trabalho do médico nos moldes tradicionais, ainda que desconectados da proposta do modelo de atenção atual.

PALAVRAS CHAVE: Papel do Médico, Atenção Básica à Saúde, Trabalho

INTRODUÇÃO

Ao longo de sua história, o Brasil tem vivenciado transformações político-sociais, refletidas em aplicação de diferentes modelos assistenciais, configurando efetivas reformas do sistema de saúde do país. Essas transformações trouxeram consigo conflitos técnicos e filosóficos, especialmente vivenciados pelos profissionais em atuação no Sistema Único de Saúde – SUS, por causarem turbulências na percepção do efeito do seu trabalho. Esse processo pode ter sido influenciado pela desconexão entre os princípios tradicionais da formação acadêmica e a demanda profissional em cada momento da história (Reis e Vilela¹).

Pode-se considerar ser essa uma vivência compartilhada por todas as categorias profissionais de saúde, porém o conflito parece ser realçado ao se avaliar a representação da atuação do profissional médico nos diferentes modelos de atenção, muitas vezes distorcida, culminando com um profundo desencantamento do profissional através da profissão. Neste particular, Merhy² reitera que um modelo assistencial é um modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares.

Analisando o profissional médico nos modelos de atenção à saúde no Brasil, destaca-se o modelo médico-assistencial, no início da prática no país que traz consigo os princípios curativistas, individualizados, centrados no consumo de consultas que atribui ao médico o poder político da modificação dos desfechos.

A partir de 1930, concretizou-se a medicina previdenciária, que ainda conferia ao médico um papel de destaque no processo de cuidado à saúde, “com crescente consumo de equipamento tecnológico de custo e complexidade cada vez maiores. A prática médica transformou-se em atendimento médico individualizado com forte dependência tecnológica, e altos custos” (Agudelo³).

Seguiu-se o Modelo Sanitarista e a implantação dos sistemas de vigilância à saúde, no qual o papel do médico continuou sendo central no processo de identificação da doença e determinação das condutas a serem tomadas no âmbito individual e coletivo, denunciando que o novo modelo ainda se mostrava contaminado pelo anterior.

O movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, faz brotarem as ideologias da medicina

comunitária e medicina de família, que pretendem valorizar o território e, pela primeira vez, os determinantes sociais das doenças para efetivar a promoção da saúde. Nesse novo modelo, redirecionado para a Atenção Básica, a Portaria 2488⁴, que aprova a *Política Nacional de Atenção Básica*, define que o cuidado em saúde deve ser “desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe”. E, certamente pela primeira vez, propõe o trabalho em saúde não hierarquizado, não mais reconhecendo o profissional médico como agente central da decisão terapêutica.

Essas diretrizes, no entanto, não foram acompanhadas por mudanças na formação médica. Ao menos, a essas últimas pode se conferir uma velocidade de transformação muito menor, ainda arrastando o fardo histórico da responsabilização e, com isso, legitimação do poder político-social do médico. Segundo Lampert⁵, as habilidades a serem desenvolvidas no curso de medicina devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo, no processo saúde-doença. De se esperar, portanto, que a ruptura abrupta exigida pela mudança das demandas profissionais causasse nada menos que um conflito existencial do médico, em seu fazer individual e como classe profissional.

Este estudo traz a construção de cartografias do processo de trabalho do médico na AB, desvelando os afetos construídos dos encontros deste com os demais profissionais e com os usuários, em uma unidade de da Estratégia Saúde da Família no município de Jequié.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a cartografia como meio de produção do conhecimento. Este estudo foi realizado no município de Jequié, no estado da Bahia, localizado a 365 km da capital, Salvador. Jequié possui uma população de 161.528 habitantes de acordo com estimativas do IBGE para 2015.

O *lócus* desse estudo foi uma unidade da AB, por compreender ser este o local no qual operam os fluxos que perfazem as relações do médico com os demais colegas de equipe e com a comunidade atendida. Nele estão os territórios físico (onde se concretiza o trabalho) e existencial (onde se efetivam as relações sociais).

O Período de imersão, que permitiu a produção dos dados aconteceu entre janeiro e maio de 2015, além de vivências anteriores com a equipe e a população como trabalhadora da unidade.

A escolha da unidade/equipe foi feita considerando o território onde os fluxos de energia poderiam ser melhor observados e vivenciados pela autora, de modo que se decidiu por realizar o estudo na unidade onde havia trabalhado previamente como médica da equipe, cujos vínculos estavam preservados com os colegas de equipe e com a própria comunidade.

Como local de produção para além do setor saúde, encontramos nessa unidade afecções entre os atores envolvidos que potencializaram a criação para além do objeto estudado. Assim, reforçamos a importância da Atenção Básica como um espaço de construção social, que extrapola o setor saúde. Esse fato se fez um potencializador na construção de um estudo qualitativo, permitindo maior interação entre a pesquisadora e os colaboradores desvelando novos elementos da realidade.

Para produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o médico e demais profissionais da equipe que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e observação participante das vivências dos profissionais e usuários da unidade de atenção básica acompanhada. Os dados produzidos foram gravados em equipamentos de áudio, durante a entrevista, com transcrição posterior, na íntegra.

Como técnica que permite vivenciar os fluxos que se dão nos encontros e dar línguas aos afetos que pedem passagem, a observação participante se deu com a intenção de apreender os fluxos e intensidades das vivências dos atores sociais (usuários, médico e demais profissionais da equipe). Pode se considerar a observação participante como uma forma de observação ativa, baseada na participação real do observador na vida da comunidade, grupo, ou situação determinada, em que o observador se torna um membro ativo do grupo, envolvido em suas práticas diárias. Esse fato determina que objeto e pesquisador se misturem, partilhem da mesma realidade (ZAPELINI; ZAPELINI, 2013).

Nesse particular Ribeiro dos Santos (2015) afirma que a observação participante se apresenta como um recurso que busca pelas relações que se dão no plano micropolítico permitindo uma maior interação pesquisador/objeto.

Atendendo aos preceitos éticos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define os preceitos éticos e legais de pesquisas que

envolvem seres humanos¹⁰ este estudo foi submetido à Plataforma Brasil, acompanhado pelo CEP da UESB, aprovado com o parecer de número tal 957.555.

RESULTADOS

PERCEPÇÃO DA EFETIVAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Imerso na equipe, buscando dar passagem aos afetos intrínsecos à micropolítica do processo de trabalho em saúde na unidade, conseguimos mapear os fluxos nos encontros entre médicos, trabalhos e usuários. No primeiro encontro com o profissional médico, percebendo como ele manifestava o processo de trabalho, suas performances com os usuários e com a equipe, marcamos o nosso primeiro momento de diálogo. Após sentados, aconchegados em seu território (consultório) ele fica à vontade e se antecipa, achando nessa oportunidade o momento de falar sobre o sistema. Foi reiterado que este estudo se tratava da investigação da representação do trabalho médico na AB, para além do sistema de saúde em si, quando foi consentido gestualmente pelo médico, dando a entender que acreditava se tratarem do mesmo assunto.

Ainda durante a conversa convite, demonstrou certa ansiedade por falar, por expor suas opiniões e com isso dar passagem aos afetos que aquele encontro permitiria. E ao ser inicialmente indagado sobre sua percepção da efetivação do seu trabalho na AB, desvelaram-se *paixões tristes* denunciadas pela frustração:

Eu acho que a atenção básica, nos moldes que a gente vive hoje, pelo menos na nossa realidade aqui no nosso município, é um modelo... aliás não só em nosso município, mas o que a gente vem vivendo no Brasil inteiro, 'tá' completamente falido. Tem muita coisa que a gente poderia desenvolver dentro da unidade de saúde que não acontece por falta de equipamento, falta de profissional, falta de condições de trabalho, falta de estímulo ao trabalho, de tecnologias simples.

Mas, (a Atenção Básica) não está conseguindo alcançar seus objetivos. A ideia do SUS é muito boa, superinteressante, é modelo para o mundo inteiro, mas completamente falido no Brasil... pelas políticas públicas mal administradas mesmo, falta de interesse tanto da esfera federal, estadual e municipal, que não têm interesse em resolver isso. A atenção não é voltada para isso. E, como eu falei, não funciona a nosso nível por falta de estrutura tanto física, quando

pessoal, medicamentosa. A realidade de forma geral no Brasil é essa aí que a gente já está acostumado.

Durante essa primeira fala, o médico parecia tomar uma postura defensiva, como se fosse necessário justificar sua frustração, para se proteger dela. Estava confortavelmente sentado, porém parecia se incomodar com cada palavra proferida, a ponto de mudar de posição frequentemente, denunciando sua inquietação com o olhar da entrevistadora, ao não ter a certeza se era compreendido ou, mais ainda, se concordava com suas avaliações. A segurança inicial parecia ruir na produção de intensidades daquele encontro entre dois médicos, que, apesar da premissa da formação parecida, da vivência em momentos políticos sociais semelhantes, delineava opiniões diferentes, denunciadas pelas inspirações profundas e gestos desconfortáveis de cada um.

Este desconforto poderia suscitar a interpretação do médico entrevistado não se perceber como parte de um processo em andamento. Ao contrário, pareceu crer se tratar de um momento em que se poderia esperar por desfechos definitivos, a ponto de poder o classificar como *'falido'*, esgotado. E ao se recostar bruscamente no encosto da cadeira, denunciou a dor de vivenciar esse sentimento de esgotamento, de não mais haver possibilidade de modificação de resultados, escancarando a frustração de ter feito parte do fracasso ou, mais ainda, de ser produto dele.

Como uma tentativa de resgate das forças de produção existencial, por outro lado, demonstra parecer saber o que precisaria ser feito para que o resultado fosse diferente, como ao referenciar a falta de equipamentos, tecnologias, necessárias ao sucesso, que, por não estarem disponíveis, ressuscita a frustração de não mais acreditar que seja possível alcançar o referido sucesso. Nesse momento, tenta uma aproximação com a entrevistadora, ao perceber que também busca por valorização do seu saber profissional, que culminaria na melhor representação da profissão médica na AB.

Esse entendimento sem dúvida é contaminado pela filosofia médico-acadêmica tradicional onde se perpetuavam princípios da atenção à saúde individualizada, centrada no consumo de consultas médicas e de propedêutica armada, realizada por médicos fortemente influenciados pelos anseios filosóficos europeus e norte-americanos, perpetuada no Brasil. Essa busca incessante pelo

resultado imediato, claramente efetivo, com impactos a curtíssimo prazo não podem deixar de influenciar na personalidade profissional dos médicos.

Contaminar os desejos de cada profissional por essa efetividade, por mais fugaz que possa ser, tornou-se inevitável. Segundo Cunha¹¹, os limites da clínica tradicional e as armadilhas que ela produz ainda estão evidentes, com um padrão de impacto da medicina ocidental na cultura (e vice-versa), produzindo demandas e olhares sobre o adoecer. Traz ainda que existe um certo padrão de subjetividade na clínica que produz uma tendência de percepção de doença, de cura e de prevenção, com *ações* evidentes, entre todos os agentes envolvidos, incluído o médico e a comunidade.

Nesse sentido, a influência “flexneriana” na educação médica ainda está profundamente significada na visão finita do processo de cuidar limitado à resolução imediata das doenças, vivenciada pelos profissionais em atuação hoje nos serviços. Nas palavras do próprio Flexner¹²: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença, o que, segundo Pagliosa e Da Ros¹³, com a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, reafirmada no discurso do médico durante a entrevista.

Bem verdade que ainda está em construção a reorganização das escolas médicas, através de reformas em suas metodologias de ensino e, mais importantes ainda, na definição de princípios, que propiciaram a definição de um perfil esperado do médico egresso como profissional: “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹⁴.

As dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação, com o intuito de desenvolver essas competências, necessária para dar conta das demandas da saúde, ainda carece de amadurecimento. Soma-se a isso, a prática de não cultivar a valorização da história

política do país e seus impactos na construção e gestão da saúde pública como direito do cidadão.

Enquanto sujeito implicado na construção acadêmica e na atuação profissional, percebo se reiverem marcos passados de minha própria formação, que podem reiterar a percepção do médico sobre a representação do seu trabalho na AB, como o descaso acadêmico das cadeiras de saúde coletiva, políticas de saúde e epidemiologia social, cursadas como disciplinas ‘menores’ na faculdade de medicina, oferecidas de maneira desconectada da prática clínica. E isso em uma das escolas médicas mais tradicionais do país, inclusive pelo pioneirismo de seu Departamento de Saúde Coletiva. Não se oferecia ao médico em formação a percepção do valor daqueles ensinamentos, que não pareciam ser aplicáveis ou mesmo úteis na atuação do médico, pois estavam descontextualizados da arraigada ocupação que objetivava prioritariamente, talvez exclusivamente, a cura dos males já instalados na população.

Como esperar, então, que se efetue uma prática para a qual os médicos não foram treinados ou, mais ainda, na qual não são tecnicamente crenças? Parece transferir ao profissional, já em atividade, a responsabilidade de ele mesmo, como seu próprio mentor e ao mesmo tempo carrasco, a obrigatoriedade de mudar os conceitos que lhes foram tatuados sobre sua atuação e crenças sócio-políticas, sem considerar que a falha desse processo impacta diretamente no sucesso do modelo de atenção à saúde pública proposto, colocando na berlinda o resultado do modelo em si, leia-se: a saúde das pessoas.

Outra passagem da entrevista feita com o médico atuante na AB confirma esse sentimento conflituoso, ao ser questionado sobre o que acredita que a população espera da sua atuação como médico da Atenção Básica:

O que se espera é que nós possamos trabalhar na prevenção das doenças mais comuns do dia a dia, que aflige as populações, que é trabalhar na prevenção da diabetes, da hipertensão, das dislipidemias. Dos pacientes já instalados, tentar fazer com que essas doenças não progridam não virem doenças de difícil controle, que não evoluam para pacientes renais crônicos – no caso da diabetes – para hipertensão grave, para insuficiência cardíaca. A gente tem um papel definitivo de evitar que os pacientes vão para unidades secundárias ou terciárias. [...]

Pelo menos na formação que eu tive, em métodos mais tradicionais, não se tratava muito dessa atenção para a prevenção. Nós fomos mais treinados a tratar doenças do que prevenir doenças.

Novos conflitos são delineados nessa passagem da entrevista, ao se confrontar o que a população esperaria da atuação do médico na AB e o que o próprio médico acredita que deva ser o seu papel nesse modelo de atenção. Isso porque, nesse modelo de atenção, está prevista a execução das atividades pela equipe multidisciplinar e não apenas pelo médico. Transferir essa responsabilidade apenas para um agente, médico ou outro profissional da equipe, seria negligenciar o princípio da construção da saúde em sua complexidade. Dessa maneira, o desprazer em não conseguir efetivar seus anseios profissionais, culmina com a inefetividade do trabalho e desvalorização social do profissional médico.

Durante a observação participante da vivência das atividades desenvolvidas na AB, algumas passagens reforçam o desarranjo entre expectativas da atuação dos profissionais da saúde, principalmente do médico, ao buscar um resultado imediatista do trabalho, limitando e muito o potencial que teriam a oferecer no modelo assistencial em curso.

Em uma delas, pude acompanhar um turno inteiro de atividades da unidade de saúde, quando estava previsto atendimento médico ambulatorial, com demanda programada. Logo cedo, os usuários chegaram à unidade e se dirigiram à sala de espera, que em pouco mais de quinze minutos estava lotada. Percebendo a situação, uma das técnicas de enfermagem da equipe fez uma “chamada” nominal, para confirmação dos presentes e relatou:

Muito bem, pessoal, agora e só esperar o médico chegar. Todo mundo sabe que dia de hoje ele não pode garantir a hora que chega, mas chega. Então, vamos esperar. Se precisarem de alguma coisa, só falar.

Todos permaneceram em seus lugares, com atitudes que não demonstravam insatisfação. Fazia crer, na verdade, que, de fato, sabiam que o médico chegaria “quando pudesse”. A espera se alongou por 3 horas, sem que fosse vivenciada, ou ao menos explicitada por aquelas pessoas, qualquer manifestação de descontentamento. Quando alguém olhava para o relógio e fazia a leitura das horas daquele momento, era possível ouvir comentários, registrados no diário de bordo:

Não vou me demorar, na minha vez. O meu é só renovar a receita da pressão.

Eu quero só um pedido de exame de rotina, também é rápido.

O meu é mostrar os resultados do check up.

Não aparecia, mesmo, nas falas e comportamento dos usuários desconforto por esperar. Mas que isso, as atitudes pareciam de esforço em tentar minimizar o tempo de cada atendimento que seria realizado, como estratégia de não desperdiçar o pouco tempo total que seria oferecido para todos serem atendidos. Com isso, pareceu se legitimar o atraso do médico, não o culpabilizando, mas desmerecendo a consulta médica em si, dispensando a realização de anamnese e exame físico, assim como acolhimento e educação em saúde – fundamentais no modelo proposto pela AB – que seguramente não seriam executados em tão pouco tempo. Mas, como a expectativa de cada um estava reduzida, não parecia ser um problema.

Pouco tempo depois, com a chegada do médico, toda a energia foi concentrada na organização, pelos próprios usuários, da ordem de atendimento. Todos foram atendidos, inclusive os que não estavam previamente agendados, mas que tinham suas demandas, e saíram do consultório com atitudes corporais que demonstravam estarem satisfeitos com o resultado da consulta, potencializados em seus desejos por terem efetivado suas expectativas naquele encontro configurado como uma paixão alegre. E assim, um por um, foram deixando a unidade com os pedidos de exames e receitas solicitadas, conforme relataram uns aos outros previamente, com suas expectativas atendidas, potencializados em suas energias desejantes.

Estava efetivado o trabalho médico, ainda que no modelo “tradicional”, do atendimento à demanda imediata dos usuários. Mais que isso, se escancarou a pouca percepção da imensa capacidade da ação em saúde de certa forma desmerecida e desperdiçada naquele serviço poderia impactar na saúde futura daquelas pessoas. Parecia se exemplificar o “olhar retina”, limitado, concreto, imediatista, incapaz de enxergar as potencialidades dos encontros, principalmente numa relação que se pretende a ser continuada, longitudinal.

Outros trechos da entrevista aberta com o médico reiteraram esse entendimento, quando foi possível perceber frustração e conformismo, inclusive como grandes muros, obstáculos intransponíveis do caminho para a efetivação do cuidar na AB, transparecendo um sentimento de derrotismo e com ele desgosto por ocupar o papel ativo – porém inativado – nesse processo.

... a população ainda é imediatista, quer tratar os problemas que já tem, não quer prevenir. E é muito difícil mudar isso aí.

A população ainda tem essa mentalidade de que a medicina está feita para tratar e não prevenir doenças, então ainda vai levar muitos anos para conseguir mudar essa mentalidade da medicina preventiva... ele quer que você trate com remédio a diabetes e a pressão alta dele, não quer que você mude o estilo de vida dele. E é o que terminamos fazendo, então.

Vê-se, nessa passagem, o conflito entre o que o modelo de atenção em si planeja para o cuidar em saúde, que passa pelo conhecimento do médico quanto ao que deveria pautar o seu trabalho, e a expectativa que o médico acha que a população tem sobre ele. Essa constatação do antagonismo das expectativas, sem dúvida revive o conceito das paixões triste de Espinoza, citado por Deleuze¹⁵, que traduz o encontro de afetos discordantes, que fazem diminuir a potência de agir e com isso se permite dominar. A variação da potência de um corpo quando afeta ou é afetado por outro se expressa como aumento ou diminuição da existência ou da essência do homem, já que ambas (existência e essência) expressam a realidade em ato, demonstrado no registro da fala da entrevista na manifestação da tristeza, com redução das suas potências de agir

Destarte que Rolnik¹⁶ avalia o sucateamento desses modos de existência promovidos pelo mercado, na tentativa de manter um equilíbrio mínimo, ao trazer que

vemo-nos solicitados o tempo todo e de todos os lados a investir a poderosa fábrica de subjetividade serializada, produtora desses homens que somos, reduzidos à condição de suporte de valor, quando ocupamos os lugares mais prestigiados na hierarquia dos valores.

E sim, a subjetivação do papel social que se assume, como o médico na AB, implica na busca incessante pelo atendimento das expectativas daqueles que serão alvo da sua atuação.

Se não podemos, de todo modo, escolher de que maneira seremos afetados pelo encontro das intensidades, tristes ou alegres, já que disso depende a nossa história pessoal e seus símbolos, podemos escolher e decidir “reverter o sentido de nossa relação com o que nos afeta”, como observa Kehl¹⁷, para alcançar a liberdade da experimentação de novas maneiras de viver. Substituir a passividade das paixões tristes pelos modos de vida regidos pelos afetos alegres, determinados pelo desejo de se representar nas relações sociais vivenciadas, na autoderminação, na autonomia cartográfica do desejo, capaz de transformar não só a si mesmo, mas também o outro, dentro dos encontros de intensidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mistura de sentimentos, opostos e conflitantes, da confrontação entre a técnica e a filosofia assistencial em que os médicos brasileiros foram imersos durante a formação tradicional, individualizada e curativista, e os novos focos coletivos e preventivistas do modelo assistencial em vigor na saúde pública brasileira, se traduz em uma sensação de inaplicabilidade da atuação médica na Atenção Básica. A ineficácia do saber médico nesse modelo assistencial, resulta no não reconhecimento de si próprio dentro do contexto de atuação profissional. Daí pode surgir decepção, frustração e até mesmo descrença no ser profissional, desconstruindo o valor do saber e, com ele, a efetivação do seu poder.

Catastroficamente, a diferença que têm o profissional médico e a população sobre a efetivação do saber indubitavelmente minimiza a potência do agir profissional, com redução da capacidade de promover saúde e mudanças positivas nas vidas das pessoas, ao perpetuar um comportamento aprisionante, capaz de fazer murchar, mumificar o ser social.

Com tudo isso, o cenário social hoje demanda por médicos contaminados pela lógica preventivista e promotora de saúde, sem dispensar a presteza assistencial curativista, como uma demanda que não deixará de existir. Resta considerar se a vocação médica do país, entendida pelo direcionamento das escolas e sociedades médicas, será capaz de acompanhar em tempo hábil tais mudanças históricas e sociais, reposicionando o médico em representações mais adequadas aos olhos de todos os atores sócias envolvidos em cada cenário.

Ao que parece, dada a possível negativa à premissa anterior, corre-se velozmente em direção a um conflito não apenas filosófico, mas também operacional, entre o que se espera do fazer – e, porque não, do ser – médico e o papel que, de fato, o médico está preparado para ocupar na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Reis TMG, Vilela ABA. Contexto político e social da medicina – da renascença ao presente de hoje. Rev.Saúde.Com 2014; 10(4): 422-427.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

3. Agudelo SF. Saúde e imperialismo: A ação Antimalárica na América Latina e a Fundação Rockefeller. Rio De Janeiro: PEC/ENSP – ABRASCO; 1984.
4. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 07 jul 2015.
5. Lampert JB et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. Rev. *Rev. Bras. Educ. med.*, Rio de Janeiro, 2009; 33, supl. 1, 19-34. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500003&lng=en&nrm=iso. Access on 24 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500003>.
6. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 5ª ed. Cortez: São Paulo, 2008
7. Kastrup V. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. In: Passo E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa intervenção e Produção de Subjetividade* (org). Sulina. Porto Alegre, 2009.
8. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev. *Rev. Bras. Educ. med.*, Rio de Janeiro, 2008; 32(1) 90-97. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100012&lng=en&nrm=iso. Access on 24 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>.
9. Passos E, Barros RB. A Cartografia como método de pesquisa intervenção. In: Passo E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa intervenção e Produção de Subjetividade* (org). Sulina. Porto Alegre, 2009.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, Brasília. 2012.
11. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP. 2004.
12. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)
13. Pagliosa FL, Da Ros MA. Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(4): 492-499.

14. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

15. Deleuze G. Spinoza et le problème de l'expression. Paris: Minuit, 1968.

16. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora UFRGS, 2011.

17. Kehl MR. Sobre Ética e Psicanálise. 4ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

5.2 MANUSCRITO 2

O trabalho e trabalhadores: relações micropolíticas na Estratégia Saúde da Família

Tiana Mascarenhas Godinho Reis

Alba Benemérita Alves Vilela

Título inglês

Work and workers: micropolitical relations in the Family Health Strategy

Resumo

A proposta do trabalho em saúde pautado da multidisciplinaridade não hierarquizada da equipe de atenção básica ainda busca sua efetivação. Esse estudo buscou observar de que maneira os atores envolvidos no cuidado em saúde, profissionais e comunidade, percebem os encontros políticos e ontogênicos dessas relações. A cartografia, como estratégia de produção de dados que permite a aproximação do objeto de estudo e, com isso, uma amplificação das interpretações dele provenientes, mostrou-se como caminho pautado no afetamento e na implicação. O campo de interação entre as pessoas envolvidas no processo de cuidado em saúde se encontra atravessado por fluxos de intensidades que emergem dos signos provenientes da essência sujeito e do espaço molecular, que, conforme as observações desse estudo ainda prescinde por transformar as pessoas e seus encontros de intensidades desejantes em paixões alegres, capazes de efetivar o cuidado em saúde.

Resumo em Inglês

Health work's purpose guided on non-hierarchical multidisciplinary primary care team is still seeking its effectiveness. This study sought to observe how actors involved in health care, workers and community, realize political and ontogenetic encounters of these relationships.

Cartography, as data production strategy that allows the approach of the study object and, therefore, its interpretation amplification, was the guide to affections implication. Interaction field between the involved actors in health care process is traversed by intensities flows that emerge from the signs from the subject essence and molecular space, which, according to the observations of this study still need to transform individuals and their encounters of desiring intensities in joyful passions, that aim to effect health care.

Palavras chave:

Português: Trabalhadores, Estratégia Saúde da Família, Poder

Inglês: Workers, Family Health Strategy, Power

Espanhol: Trabajadores, Estrategia de Salud Familiar, Poder

Introdução

Escrever este trabalho representa a ruptura com a lógica do processo de trabalho centrado no profissional, em um modelo de atenção que apesar de ainda atravessar o processo de trabalho em saúde, o dia a dia dos profissionais nos diferentes ambientes de produção do cuidado, requer sua superação e a construção de um novo devir ou uma nova potência/desejo de agir no mundo do trabalho em saúde em especial na Atenção Básica.

Nessas primeiras linhas, contaminada com um modelo de trabalho em saúde considerado vivo, fruto do encontro entre trabalhador e usuário, tendo este como um momento emocionado e criativo, trago as considerações de Feurwerker (2014), que considera o trabalho em saúde como compromisso com necessidades sociais, com um produto do conjunto de atores envolvidos em cada realidade de sua produção.

Podemos considerar o trabalho como todo ato produtivo que modifica alguma coisa e produz algo novo. Dessa maneira, homens e mulheres durante toda a sua história, através dos tempos,

estiveram ligados, de um modo ou outro, a atos produtivos, mudando a natureza. Quando eles tiram um fruto de uma árvore, ou caçam um animal, estão fazendo um ato produtivo e transformando a natureza (Merhy e Franco, 2008)

Elucidando o lugar do processo de trabalho em saúde no *mundo do trabalho* podemos trazer as considerações de Kurcgant (2005) que afirma que em se tratando do trabalho em saúde, sabe-se que este integra a prestação de serviços, como parte do setor terciário da economia brasileira e, portanto, tem características distintas do trabalho agrícola ou industrial.

Destarte que, Franco e Merhy (2012) reforçam que, no debate sobre o trabalho na saúde, há o reconhecimento por nós de que a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde.

Na busca por esclarecer a origem dos modelos e conseqüentemente das intensidades que alimentam as várias formas de atuação do profissional médico, trazer alguns pontos da história de sua constituição nos permitirá deslizar ainda mais pelos contornos das cartografias que serão apresentadas nesse estudo.

A história da profissão médica no Brasil está profundamente entrelaçada com os diferentes momentos políticos e modelos assistenciais instituídos como estratégia assistencial de saúde pública. No decorrer dessa história, muitas foram as mudanças filosóficas e operacionais efetivadas nessas diferentes estratégias, porém em todas elas esteve inevitavelmente arraigada a figura do profissional médico como cerne da assistência à saúde. Isso pela forte influência cultural europeia e norte-americana do modelo médico-assistencial, de onde vieram as raízes das escolas de formação médica brasileiras (Reis e Vilela, 2015).

Com tudo isso, construiu-se, ao longo de décadas, uma figura do profissional médico independente e, mais que isso, soberano às demais categorias dos profissionais de saúde, com maior valorização social e, por isso, maior empoderamento político.

O norteamento mais recente do modelo assistencial do país, pautado na atenção básica, a partir da nova conceituação ampliada de saúde e valorização da promoção e produção de saúde, demandou por uma revisão dessa conformação dos valores profissionais nas equipes. Tal norteamento trouxe consigo uma necessidade de efetivação de um trabalho em equipe não hierarquizado, multidisciplinar e até mesmo transdisciplinar, que permitisse que os conhecimentos complementares de cada profissional produzissem um resultado mais completo do cuidado à saúde das comunidades.

De um modo geral podemos entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na rede básica é devedora do modelo hegemônico e pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política, onde os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde/doença são inequivocamente multicausais, mas com predominância biomédica (Abrahão, 2007).

Este estudo pretendeu observar os atores sociais envolvidos no processo de cuidado à saúde na atenção básica – equipe de profissionais e comunidade – a respeito da posição política do médico na equipe de saúde, sob a premissa da multidisciplinaridade não hierarquizada prevista no modelo de atenção em vigor.

Metodologia

De acordo com Ribeiro dos Santos (2015) a escolha do caminho na construção de um estudo requer um mergulho interno para a consolidação de um casamento que advém a manutenção de afetos constantes para o sucesso de uma pesquisa. De abordagem qualitativa, achamos na cartografia o caminho para produção deste estudo. Suely Rolnik em seu livro *Cartografia Sentimental* afirma que a cartografia acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o demançamento de certos mundos, sua perda de sentido e a formação de outros: mundos que

se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (Rolnik, 2011).

Como cenário, encontramos em uma unidade de saúde da Atenção Básica como local com a potência de produção dos encontros e desencontros que o objeto deste estudo buscou. Essa unidade de saúde situa-se no município de Jequié na região sudoeste da Bahia. Participaram deste estudo todos os membros da equipe perfazendo um total de 04 trabalhadores e 08 usuários.

A produção dos dados se deu através da dilatação do olhar vibrátil, captando, dando língua aos afetos que pedem passagem (Rolnik, 2011). Para tal, adotamos a imersão no processo de trabalho da equipe tomando a observação participante como mecanismo de orientação com o auxílio do diário de campo. Esses recursos nos permitiu o registro de fatos, formais e informais que produziram sentidos para a construção do estudo revelando os afetos e a micropolítica das relações do médico com os demais profissionais e deste com os usuários. Salientamos a importância da observação participante para este estudo, pois a pesquisadora não está simplesmente olhando o que está acontecendo, mas observando com um olho treinado em busca de certos acontecimentos específicos (Queiroz et al, 2007).

Outro recurso utilizado para a produção dos dados foi a entrevista semiestruturada que nos permitir maior intimidade com os participantes, além de ser esta uma forma de entrevista que permite a fluidez do diálogo e novos caminhos no encontro entre pesquisador e participante. Desse modo, Flick (2009) aponta que a entrevista semiestruturada representa uma forma especial de desenvolver o método de entrevista um tanto além e pode ser interessante para o planejamento de outras formas de entrevista.

De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que define os preceitos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 2012), este estudo

foi submetido à Plataforma Brasil, acompanhado pelo CEP da UESB, aprovado com o parecer de número tal 957.555.

Esse estudo não contou com financiamentos. Não há conflitos de interesse dos autores.

Trata-se de resultado parcial da dissertação de Mestrado da primeira autora, sendo a segunda autora a orientadora da pós graduação.

Resultado

Após os primeiros momentos da observação participante, passando a compor a paisagem da equipe, pude apresentar com facilidade as finalidades do estudo, explicando que a proposta seria observar a maneira como a equipe está organizada em sua conformação organizacional e, de alguma forma, o processo de trabalho, principalmente em relação ao papel do colega médico na equipe.

Não houve recusas, ao contrário, os convidados demonstraram interesse em expressar suas opiniões e prontamente se disponibilizando a serem entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas durante o turno de trabalho habitual, na unidade básica de saúde, permitindo que os territórios físico – a própria unidade – e existencial – onde se entrelaçam os afetamentos – influenciassem nas interpretações feitas aos questionamentos durante as entrevistas, potencializando a intensidade das respostas, assim como o registro das vivências da observação participante.

Compondo a caixa de ferramentas, registrando as paisagens que se apresentavam no processo de trabalho, ao término de suas atividades, uma das técnicas de enfermagem se mostra disposta e empolgada em contribuir com o estudo. Após sensibilizada quanto à importância do estudo, contaminada pela proposta, relatou que gostaria muito de dar sua opinião, pois queria externar sua satisfação em trabalhar com uma equipe ‘tão bem estruturada, onde todos

se completam’. Ao ser questionada sobre o papel que acreditava ter o médico na equipe da atenção básica, relatou:

Ele é o orientador da gente, porque é a referência, ‘né’? Primeiro vem o médico. Se ele está na unidade, a referência maior é ele, é a ordem maior. É como se fosse uma hierarquia, a gente consulta ele e se ele não estiver, o enfermeiro, e em seguida, se não houver ninguém é que a gente toma a atitude que considera adequada. Mas o médico é como se fosse a ordem principal.

Apesar de ansiosa, parecia naquele momento demonstrar muita segurança em sua fala, denunciando estar não apenas conformada como também confortável com a interpretação que fez sobre o empoderamento do médico na equipe. Em outra passagem, agora menos ansiosa, talvez afetada pela atmosfera tranquila com que a primeira resposta foi recebida, ao ser perguntada qual atividade que o médico deveria realizar, para fazer bem o papel dele dentro da atenção básica, relata:

Eu vejo assim: diagnosticar cada função de cada um. Há vezes o médico atende um paciente e detecta que tem um problema odontológico, aí ele já encaminha. Há vezes é uma ferida e ele já encaminha para o técnico cuidar. Principalmente ele faz o papel de orientador.

Nas duas passagens, percebe-se um certo orgulho em apresentar o médico como agente diferenciado na equipe, não pela efetivação de seu trabalho na comunidade – já que não se pontuou resultados específicos do médico daquela equipe – e sim pelo empoderamento político-social que culturalmente lhe foi conferido. Contrariamente, a normatização trazida pela Portaria 2488/2011, que define o trabalho multiprofissional na atenção básica, prevê a estruturação da equipe de maneira não hierarquizada, inclusive ao valorizar essencialmente funções comuns a todos os profissionais de saúde em atuação na atenção básica, como a interação entre os profissionais e suas habilidades em cada atendimento, independentemente de quem realizou o primeiro contato com o paciente.

Não seria estranho à proposta do modelo de atenção em curso que o caminho do direcionamento fosse o inverso do descrito pela entrevistada, que fosse encaminhado um paciente ao médico, a partir da avaliação de outro profissional da equipe. Melhor ainda, seria a possibilidade de efetivar a transdisciplinaridade ao realizar o atendimento conjuntamente, realmente acreditando ser essa uma estratégia inovadora e efetiva no cuidado em saúde. Na história do cuidado em saúde no Brasil, certamente seria uma quebra de paradigma, desmitificar a soberania médica como instituição cultural. Porém considerando as novas diretrizes guias do modelo de atenção, como a própria Portaria 2488/2011, seria natural e, até mesmo justo.

Esta mesma normatização engloba, além da assistência curativista, ações locais de planejamento e execução das atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, o que já configura uma ruptura com o conceito tradicional das atividades conferidas ao médico, mas que, de alguma maneira, foi interpretada pela técnica de enfermagem ainda utilizando a lógica do modelo tradicional, ao sinalizar que faz parte da atividade do médico da equipe definir os papéis de cada um, mais uma vez demonstrando a efetivação do seu empoderamento. De fato, são reiteradas as ações mais abrangente do trabalho em saúde, exigindo de todos e, portanto, também do médico, atuações para além dos muros dos consultórios. Enfim, nesse modelo de atenção reformulado, ao médico deveria ser computado o mesmo valor dos demais membros da equipe, o que não pareceu ser vivenciado naquela unidade.

Buscando compor as redes de interação social e até existencial, a mesma pergunta foi feita ao médico da equipe, ao ser questionado sobre como vê sua inserção naquela equipe, relatou, de certa forma buscando generalizar, mais que buscar em si a resposta:

Eu acho que a unidade básica de saúde, tem que ter médicos especializados em unidade básica de saúde, não o médico subespecializa. Ter um médico especializado, da família, que seja treinado a resolver esses problemas mais simples. Enquanto isso não acontece, nós, subespecialistas, vamos trabalhando nas unidades. Eu acho que cada um de nós tem que fazer, tem que dar sua parcela pela população, né? Todo mundo quer trabalhar, todo mundo quer receber seu dinheiro

no final do mês, tudo certinho, mas eu acho que o médico é um profissional um pouquinho diferenciado. Nós temos que ter essa parcela de contribuição para a população, para a sociedade, porque a população ainda vê o médico como uma pessoa que está ali para resolver os problemas dela. Nós médicos temos que dar nossa parcela mesmo com todas essas carências tecnológicas, de medicamentos, nós temos que dar uma parte da nossa formação para essa população que é muito carente.

Em meio a complexidade exigida para o processo de trabalho na AB (baseada na baixa densidade tecnológica) e na capacidade do uso de tecnologias leves e outros mecanismos de promoção da saúde, tomaram conta daquele encontro sensações conflituosas, compartilhadas pelos dois participantes, entrevistado e entrevistador. Por um lado, parecia haver necessidade de justificar, desde já, qualquer possível desencontro entre a expectativa da entrevistadora por respostas predeterminadas, enquanto, por outro, fazia querer evidenciar a certeza de que, se a mesma expectativa não fosse atendida, havia uma intenção positiva e produtiva de interferência na saúde daquela comunidade. E nesse caso, vale ressaltar que estava presente a premissa do conceito mais ampliado de saúde, norteador do modelo de atenção pautado na atenção básica, de modo que a presença do profissional médico na equipe, ainda que não fosse o ‘especialista na saúde da família’, traria àquelas pessoas a tranquilidade e segurança que a cultura popular enxerga na figura do médico.

Mas, se nos debruçarmos na mesma Portaria 2488/2011, será possível perceber que as impressões dos profissionais não estão tão distanciadas da proposta trazida para a atuação do médico na equipe. De certa forma, em oposição aos seus princípios gerais não hierarquizados, permite distorcer o papel do médico na perspectiva da equipe multidisciplinar horizontalizada, ao permitir o supervalorizar na composição da equipe. Por exemplo, traz a presença do médico na equipe como condicionante do financiamento integral do programa, permitindo articulações que podem desviar o real sentido da efetivação do trabalho médico na Atenção Básica, conforme sinalizou o médico durante a entrevista.

De fato, a presença de médicos subespecialistas nas equipes da atenção básica – ou não especialistas, enfim, aqueles que não foram afetados em seu processo de formação pela lógica da saúde da família – pode promover articulações com objetivo de garantir a presença do profissional, mesmo que não represente, tecnicamente e até filosoficamente, o perfil médico mais adequado à realização das atividades ampliadas previstas. Ainda que percebido pelo médico dessa equipe como uma ação de responsabilidade social, essa possibilidade flexibilizada de atuação médica na Atenção Básica permite e até incentiva negociações do processo de trabalho, oferecendo contrapartidas, como horários e vínculos menos rigorosos, por exemplo, promovendo o seu empoderamento político e, como ele, afastamento dos demais atores do processo de cuidar, o que, desde já, distorce a interpretação do papel do médico naquela equipe.

E, se é possível explicar a necessidade dessa flexibilização pelo número insuficiente de médicos para suprir as equipes, pela limitada vocação histórica para executar ações em medicina de família e pelas políticas institucionais incipientes de incentivo e apoio à interiorização do trabalho médico, não mais se justifica anunciar o modelo de atenção como instrumento de equiparação dos papéis dos profissionais na produção de saúde das comunidades.

A mesma percepção da supervalorização da presença do profissional médico na equipe da Atenção Básica foi desvelada durante algumas passagens da observação participante. Nelas, a diferenciação do trabalho médico, mantendo a hierarquia tradicionalista se mostrou compartilhada por outros agentes do processo de cuidado. Em um dos turnos de acompanhamento das vivências na unidade, por volta das 8:30, me deparei com a sala de espera cheia, ocupada pelos usuários que estavam agendados para serem atendidos pelo médico. Após algum tempo, uma técnica de enfermagem fez uma “chamada” nominal, para confirmação dos presentes e relatou:

Muito bem, pessoal, agora e só esperar o médico chegar. Todo mundo sabe que dia de hoje ele não pode garantir a hora que chega, mas chega. Então, vamos esperar. Se precisarem de alguma coisa, só falar.

Todos permaneceram em seus lugares, com atitudes corporais que não demonstravam insatisfação. Fazia crer, na verdade, que, de fato, sabiam que o médico chegaria ‘quando pudesse’.

A espera se alongou até às 11:25 da manhã, sem que fosse vivenciada por aquelas pessoas qualquer manifestação de descontentamento. Quando alguém olhava para o relógio e fazia a leitura das horas daquele momento, era possível ouvir comentários:

*Não vou me demorar, na minha vez. O meu é só renovar a receita da pressão.
Eu quero só um pedido de exame de rotina, também é rápido.
O meu é só mostrar os resultados do check up.*

Não aparecia, mesmo, nas falas e comportamentos dos usuários desconforto por esperar. Mais que isso, as atitudes pareciam de esforço em tentar minimizar o tempo de cada atendimento que seria realizado, como estratégia de não chamar atenção para o pouco tempo total que seria oferecido para todos serem atendidos. Com isso, pareceu se legitimar o atraso do médico. Não bastasse, essa situação denunciou um desmerecimento da consulta médica em si, com a anamnese e o exame físico que deveriam acontecer, mas, pelo jeito, não seriam executados em tão pouco tempo. Mas, como a expectativa de cada um estava reduzida, não parecia ser um problema.

Chamou atenção, no entanto, o comentário de outro usuário:

O enfermeiro é que deveria estar aqui, enquanto o médico não chega.

Nesse momento, soube que o enfermeiro estava em atendimento, realizando visita domiciliar na comunidade, ou seja, estava trabalhando, ainda que não dentro da unidade. Alguns se entreolharam, fizeram pequenos gestos com as mãos e com a cabeça, demonstrando que tinham recebido a opinião, mas não houve manifestações explícitas de concordância ou

discordância. Em seguida o médico chegou à unidade e toda a energia foi concentrada na organização, pelos próprios usuários, da ordem de atendimento. Todos saíram do consultório com atitudes corporais que demonstravam estarem satisfeitos com o resultado da consulta, mesmo que tenham sido breves. E assim, um por um, foram deixando a unidade com os pedidos de exames e receitas solicitadas. Ao deixar o consultório, às 12:15, o médico relatou:

Hoje foi 'duro', mas vamos almoçar e descansar que de tarde tem mais.

Já contaminada pelo fluxo de intensidades desejantes daqueles encontros, nos afetamentos se compuseram no decorrer da observação. Em outro dia, após a arrumação matinal da unidade, por volta de 9h, registra-se no diário de campo a chegada uma agente comunitária de saúde, que entra na sala do médico, troca algumas palavras e em seguida sai da unidade. Pouco tempo depois, retorna acompanhando um usuário e o deixa na sala de espera, enquanto diz:

O senhor está vendo o que eu consegui para o senhor? O doutor vai lhe atender mesmo sem estar marcado. Isso não é pra todo mundo não, viu?

Tendo no imaginário coletivo, ou seja, na maioria da população a concepção do médico como um profissional que possui algumas particularidades, não o reconhecendo como um trabalhador da saúde, servidor público, o usuário colocou:

Ele é muito bonzinho, Graças a Deus!

Em busca do reconhecimento, mostrando uma compreensão fragilizada do papel do médico no processo de trabalho na Atenção Básica, com o compromisso de atender situação de emergência/demanda espontânea, a agente comunitária em saúde coloca:

E a mim, né, que consegui?!

Para além da avaliação da real necessidade de atendimento médico naquele dia, desvelou-se naquele momento existir um caminho não linear entre o médico e a comunidade. A necessidade da presença de um interlocutor das demandas, nesse episódio personificado na figura do agente comunitário de saúde, da maneira como foi realizada a interlocução, evidenciou um distanciamento, talvez até uma contradição, envolvendo os afetamentos da relação médico-comunidade.

As falas caracterizam a percepção do usuário sobre a aceitação do médico por realizar o atendimento como uma caridade, o valorizando. Por outro lado, desmerece sua disponibilidade como ato profissional, necessário à efetivação de seu trabalho na Atenção Básica. Ou seja, estar disponível às demandas da comunidade não é uma expectativa natural aos usuários. E também parece não ser aos colegas, considerando que o próprio agente comunitário descreve como uma barganha o fato de ter conseguido a disponibilidade do colega para realizar o atendimento.

A consulta médica, nessa situação, termina sendo usada como uma moeda de troca, como uma premiação, como instrumento de negociação de poder entre a equipe e comunidade. E, ao conseguir aproximar o usuário do médico ao conseguir a consulta, pela fala da agente comunitária, faz parecer que toma para si parte do poder conferido ao médico. Deve-se atentar, no entanto, que não foi possível ouvir a conversa entre a agente comunitária e o médico, de modo que não se pode afirmar que este último compartilhe essa percepção. Mais que isso, numa observação parcial, pode se deixar entender que o médico só iria atender por conta do intermédio da agente comunitária, distanciando a sua figura dos usuários, da comunidade, sem que ele mesmo saiba ou tenha agido para tal, permitindo que o fluxo de intensidade do encontro desses atores sociais se componha de expectativas discordantes e com isso termine por desvalorizar o efeito do trabalho em saúde em si.

No transcorrer do mesmo turno de atendimento, alguns pacientes atendidos pelo médico procuraram a farmácia, para dispensação dos medicamentos prescritos. Porém, por conta de uma paralisação dos funcionários, a farmácia estava fechada. Daí, surgiram comentários:

O principal já tenho, a receita. O remédio a gente dá um jeito na farmácia de comprar mesmo.

O comportamento do usuário reitera a percepção do empoderamento do trabalho do médico naquela equipe. Nessa situação, de fato, não se concretizou o pleno atendimento da necessidade de saúde do usuário, mas, o fato de ter a receita pareceu o satisfazer, denunciando que foi realmente afetado positivamente pelo encontro com o médico, atendendo a suas expectativas. Porém, reduziu-se o efeito do trabalho médico à confecção de uma receita, sem se fazer claro ser esse apenas um dos elos da corrente do cuidado em saúde, tão frágil quanto se evidenciou na impossibilidade dessa receita significar a dispensação do medicamento, naquela situação. Mas, bem verdade que, como só poderia ter sido prescrita pelo médico, a supervalorização do atendimento se concretiza.

Considerações finais

As vivências observadas e participadas reiteram o fato das modificações políticas – representadas pelos modelos assistenciais e o papel do médico em cada um deles – não terem seguido pareadas com as modificações culturais da comunidade assistida pela atenção básica. De fato, vê-se os usuários desses serviços ainda com uma expectativa de relacionamento com o médico pautado na confecção de diagnósticos de doenças, na prática prescritiva medicamentosa, complementada por exames de propedêutica armada, como se fossem esses imprescindíveis, para além de necessárias, ao cuidado com a saúde, mesmo no nível primário de atenção. E, mais ainda, vêem o uso desses instrumentos de cuidados como exclusivos ao profissional médico, configurando seu valor e empoderamento. Por isso, também, encontra-se

uma dificuldade de implementação local dos novos princípios do modelo de atenção multiprofissional previsto para a atenção básica.

Infelizmente, com tudo isso, o campo da micropolítica do trabalho, o que é resultado de um processo que ressurgue dentro do trabalhador e que dispara uma produção de vida em si, mumifica-se, impetra-se, privando o médico da necessária autopoiese, tida como uma contínua produção de si mesmo. O campo de interação entre as pessoas envolvidas no processo de cuidado em saúde se encontra atravessado por fluxos de intensidades que emergem dos signos provenientes da essência sujeito e do espaço molecular, que ainda prescindem por transformar as pessoas e seus encontros de intensidades desejantes em paixões alegres, capazes de efetivar o cuidado em saúde.

Referências

ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção Primária e o processo de trabalho em Saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. v.3, n.1, p 1-3. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, Brasília. 2012.

BRASIL. **Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 07 jul. 2015.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v.6, n.2, abr. 2012. ISSN 1982-8829. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 02 nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>.

KURCGANT, Paulina et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008. p 278-284.

QUEIROZ, Daniele Teixeira. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 276-83, 2007.

REIS, Tiana Mascarenhas Godinho; VILELA, Alba Benemérita Alves. Contexto político e social da medicina – da renascença ao brasil de hoje. **Saúde.Com**, v.10, n.4, p. 422-427, outubro 2014.

RIBEIRO DOS SANTOS, Adilson. **Educação permanente em saúde**: cartografias de uma rede de atenção. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) Jequié, Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, UESB, 2015.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina: Editora UFRGS, 2011.

Nota: Tiana Mascarenhas Godinho Reis – produção dos dados e redação do manuscrito; Alba Benemérita Alves Vilela – Orientação da pesquisa e revisão da redação do manuscrito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há de ser acreditar que as intempéries vividas pelos profissionais médicos que atuam na atenção básica, ao longo dos diferentes modelos de atenção adotados no Brasil, podem ter sua origem na incompatibilidade entre as expectativas dos modelos em si. Suas próprias práticas se utilizando das tecnologias duras – enquanto profissionais afetados por um modelo de formação tradicionalista – e da comunidade contaminada pelo mito do médico assistencialista.

Os resultados dessa produção de dados desvelaram algumas variáveis desses (des)encontros, permitindo enxergar, para além do olhar retina, através do corpo vibrátil, os afetamentos dos atores sociais envolvidos no processo de cuidar em saúde, potencializadas em suas energias desejantes, entregues em paixões, pautados nas tecnologias leves. Estima-se por ter contribuído com a construção de ideias e teias de intensidades, que permitam, quiçá, esclarecer algumas variáveis envolvidas no descontentamento atual do médico, através da medicina, em atuação na AB no Brasil. Com isso, deseja-se ser esse um passo a mais na caminhada firme pela autopeise médica, antropofágica, como um devir emergente e urgente a ser vivenciado em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S. F. **Saúde e imperialismo: A ação Antimalárica na América Latina e a Fundação Rockefeller.** Rio de Janeiro: PEC/ENSP - ABRASCO, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011.** Brasília, 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012,** Brasília, 2012.

CHAVES, M.; ROSA, A. R. **Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90.** São Paulo: Cortez, 1990.

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). **Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório geral 1991-1997.** Brasília, 1997.

COTRIM, G. **História e consciência do mundo.** 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck.** 2000. 207p. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

DELEUZE, G. **Espinoza e filosofia prática.** São Paulo: Escuta, 2002. 135p.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; SANTOS, R. C. **Aspectos históricos e conceituais em educação médica.** 1998. Disponível em <http://www.unb.br/fs/pr33.htm>. Acesso em 23 dez. 2006.

FOUCAULT M. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (orgs.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-99.

GONCALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, Sept. 2009.

KASTRUP, V. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. In: PASSO, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa intervenção e Produção de Subjetividade** (org.). Sulina. Porto Alegre, 2009.

KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa uni: uma nova iniciativa da educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese (Doutorado) - ENSP-FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MARTINS, M. A. Ensino médico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.52, n.5, oct. 2006.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento**. Vol.1. Brasília, 1992.

MOREIRA, L. C. H. **Clínica, cuidado e subjetividade: uma análise da prática médica no programa médico de família de Niterói a partir dos encontros no território**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. UFRJ, 2012.

OLIVEIRA NA. Medicina e Saúde na Nova Universidade Federal do Tocantins. In: **XLII COBEM - XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica**. Vitória, 2004.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino médico no Brasil**: desafios e prioridades, no contexto do SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Anais do Encontro Continental de Educação Médica**. Montevideo: OPS/OMS; 1997.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: PAIM, J. **Saúde, crise e reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1986.

PALÁCIOS, M. P. **Trabalho hospitalar e saúde mental**: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro. 1993. Dissertação (Mestrado no Instituto de Medicina Social) - Universidade Estadual do Rio Janeiro. Rio de Janeiro.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSO, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa intervenção e Produção de Subjetividade (org.). Sulina. Porto Alegre, 2009.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. **Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação 2002.

RANGEL, Vanessa Maia. O Sanitarismo brasileiro dos anos 30: a aventura dos relatos dos seus agentes de campo. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2009.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina: UFRGS, 2011.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, feb. 2008.

SANTOS, B, S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. Edições Afrontamento. Porto, 1995.

SOUZA et al. Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED). **BMC Medical Education**, 2008.

World Health Organization (WHO). **Changing medical education and practice: an agenda for action**. Genebra; 1991. (World, 1991)

ANEXO

ANEXO - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O OLHAR DE DENTRO DA CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DE TERRITÓRIOS: O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: TIANA MASCARENHAS GODINHO REIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39489314.4.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 957.555

Data da Relatoria: 11/12/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objetivo analisar o processo de trabalho dos médicos na Atenção Básica – AB sobre a valorização social da profissão. Para tal, será usada a metodologia qualitativa da cartografia, formulada por Gilles Deleuze e Félix Guattari, que visa acompanhar um processo e não representar um objeto. Considerando o reflexo das mudanças históricas do sistema de saúde e modelos de atenção no Brasil, este estudo se torna relevante uma vez que, possibilitará explorar a percepção dos médicos em atuação na AB quanto à valorização social de sua atuação. O estudo tem como cenário de pesquisa o município de Jequié, sendo o local da pesquisa composto pelas Unidades de Saúde da Família - USF. Os participantes serão os médicos das equipes do Programa de Saúde da Família - PSF. Como instrumentos para a produção de dados empíricos serão utilizados a observação de campo, entrevistas semiestruturada e o grupo focal. Salientamos que esse estudo será apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, atendendo as recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas com seres humanos. Com este estudo espera-se que se tenha um retrato de como se encontra o processo de trabalho desses profissionais na Atenção Básica.

Endereço: Avenida José Moreira Bobrinho, s/n
 Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUIÉ
 Telefone: (73)3525-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.je@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 257.555

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de trabalho dos médicos na Atenção Básica sobre a valorização social da profissão.

Objetivo Secundário:

Conhecer a percepção dos médicos sobre a valorização social de sua atuação na Atenção Básica.

Identificar a concepção dos médicos sobre o sistema de saúde na manutenção das tecnologias para o processo de trabalho.

Verificar a percepção do médico sobre a expectativa da população acerca do seu trabalho na Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera que não há risco no desenvolvimento da pesquisa, no entanto a Resolução 466/2012 do CONEP define "risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto esse conceito precisa ser revisto no projeto.

Benefícios: Produção de dados sobre a atuação do profissional médico na Atuação Básica no município de Jequié.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante por contribuir para a compreensão social do papel do médico na sociedade e para consequente melhoria de seu processo de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Adequar no projeto o conceito de Risco.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Corrigir o conceito de risco e colocar a possibilidade de desconforto do participante durante a realização da pesquisa.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Bobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesbjo@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 957.555

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 06/01/2015.

JEQUIE, 20 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3526-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Tiana Mascarenhas Godinho Reis, juntamente com a Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estou realizando a pesquisa: O olhar de dentro da construção e desconstrução de territórios: o papel social do médico na atenção básica. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que surgiu como uma forma estudar a percepção do médico que atua na Atenção Básica no município de Jequié, sobre o valor social do seu trabalho. Este estudo poderá produzir visibilidade às ações de valorização social do médico e da formação médica, além de contribuir para o aprimoramento e atualização do conhecimento técnico-científico em saúde. O estudo tem como cenário de pesquisa o município de Jequié, sendo o local da pesquisa as Unidades de Saúde da Família do mesmo. Participantes da pesquisa serão os agentes envolvidos atuam na Atenção Básica, como o médico, outros profissionais da equipe de saúde e usuários. Como instrumentos para a produção de dados empíricos serão utilizados a entrevista semiestruturada e a observação participante. Se o (a) senhor(a) sentir-se desconfortável em responder a alguma pergunta, fique à vontade para não respondê-la. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Nós guardaremos os registros do(a) senhor(a), e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do(a) senhor(a) não será revelada. Garantimo-nos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Tiana Mascarenhas Godinho Reis e Alba Benemérita Alves Vilela no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos e-mails: tiana.mascarenhas@hotmail.com e alba_vilela@hotmail.com. Ou ainda, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB-Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no 1o andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias.

Assinatura do (a) Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Jequié, ____/____/_____.

APENDICE B - Questões disparadoras para a realização das entrevistas



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE PÚBLICA

QUESTÕES DISPARADORAS PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

1. Do seu ponto de vista qual é o papel do médico dentro da Atenção Básica?
2. Você acredita que, na Atenção Básica, há alguma mudança do que se espera do papel do médico, comparado ao que foi pregado na sua formação acadêmica?
3. Na sua atuação como médico da Atenção Básica, você proporia alguma mudança?
4. De que maneira você acredita que o processo de gestão do SUS interfere no processo de trabalho do médico na Atenção Básica?
5. O que você acha que as pessoas atendidas dentro da estratégia de saúde da família esperam do trabalho do médico?