

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 crenses? 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.