



Universidade Federal do Pará
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia

Ana Carolina Araújo de Almeida Lins

**As representações imaginárias do Médico de Família acerca de sua prática
profissional**

Belém
2008

Ana Carolina Araújo de Almeida Lins

**AS REPRESENTAÇÕES IMAGINÁRIAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA ACERCA DE
SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. André Maurício Lima Barretto.

Belém
2008

ANA CAROLINA ARAÚJO DE ALMEIDA LINS

AS REPRESENTAÇÕES IMAGINÁRIAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA ACERCA DE
SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia
e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação
em Psicologia como requisito parcial para
obtenção do título de mestre em Psicologia.

Aprovado em _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. André Maurício Lima Barretto - Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Janari de Souza Pedroso - Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a Mirtes Mirian Amorim - Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dr^a Ana Maria Digna de Souza – Universidade Federal do Pará (Membro Suplente)

*Dedico este estudo:
Aos meus pais, Eloy e Lourdes;
e ao meu irmão, Alexandre.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me possibilitou a maravilha da vida e as condições mais propícias para vivê-la em sua plenitude.

Aos meus pais, **Anthero** e **Lourdes**, pelo amor eterno, pelo suporte constante, pelo exemplo de retidão e determinação, que me fazem sempre querer ser alguém melhor.

Ao meu único irmão, **Alexandre**, parceiro fraterno e exemplar de uma vida toda. A ele, todo o carinho que tenho e toda admiração que possuo. Mesmo na distância, sua presença me estimulou a continuar.

Ao **Sandro**, amor sereno que me trouxe a alegria e leveza necessárias para querer viver tudo de forma diferente. Obrigada.

Às minhas amigas-irmãs **Roberta** e **Ana Paula**, companheiras fundamentais de todos os momentos.

À querida **Regina**, amiga, cúmplice, suporte, colega de trabalho e médica de família exemplar. Obrigada por tudo.

Ao meu orientador de anos, **André Barretto**, pela compreensão, pela conduta ética e humana, principalmente pela paciência, tão raros em dias atuais. Os meus sinceros agradecimentos.

Aos meus Gerentes da Cassi, **Andrea Leite**, **Paulo Félix** e **Rita Barbalho**, que me permitiram conciliar o quase inconciliável.

À **Tatiane**, colega de especialização, que me abriu as portas não só das Casas-Família do Mosqueiro, mas também de seu coração. Obrigada pela amizade e pela colaboração.

A todos os meus colegas de trabalho, que junto comigo, viveram cotidianamente os percalços na realização dessa pesquisa.

À minha enorme família, em particular aos meus avôs **Zilda** e **Aluizio Lins**, e as tias **Anete** e **Alba Lins**, que desde criança incentivaram e nortearam a educação.

Aos **Médicos de Família**, os mais sinceros agradecimentos pela colaboração com essa pesquisa, sem os quais esta dissertação não se realizaria.

RESUMO

O presente trabalho objetivou compreender as representações imaginárias dos médicos de família que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Belém, no Distrito Administrativo do Mosqueiro, acerca de sua atuação profissional. De natureza metodológica qualitativa, visou a análise e significação dos discursos dos sujeitos, que se constituíram por médicos de família participantes das equipes do Programa de Saúde da Família que atuavam nas Unidades de Saúde da Família do município de Belém, mais especificamente no Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS). Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, que contaram com o auxílio de um roteiro norteador. A análise dos dados se realizou através de análise do discurso dos participantes, onde os assuntos coincidentes existentes nos relatos de todos os sujeitos entrevistados foram agrupados em núcleos temáticos, sempre relacionados com o objetivo da pesquisa, analisando os consensos e as diferenças a respeito de cada tema. Na análise dos dados, pôde-se perceber que para esses profissionais o Programa de Saúde da Família representa um lugar de passagem ou um laboratório para os que estão iniciando na Medicina, garantindo-lhes uma possibilidade de aquisição de conhecimento e experiências, enquanto não ingressam em uma especialidade, que não a Medicina de Família.

PALAVRAS-CHAVE: Representações. Programa de Saúde da Família. Imaginário.

ABSTRACT

The objective of the present study was to understand the imaginary representations of the doctors who work with families in the Brazilian Family Health Program in Belém, in Mosqueiro district, about their professional performance. Based on qualitative methodology, it aimed to analyze the discourses of the doctors composed by family doctors who are in groups of the Family Health Program and worked in Family Health Care Units in Belém, more specifically in Mosqueiro district. Semi structured interviews were used guided by a script. The data were analyzed by the discourse of the participants, in which coincident subjects reported by all the participants interviewed were grouped in thematic nucleus, always related with the objective of the study, analyzing the consensus and the differences of each theme. It was observed that, for these professionals, the Family Health Program represents only a pathway or a laboratory for those who are starting in the Medicine, giving them a possibility to acquire knowledge and experience, while they don't get what they really wish, that is, a specialty (which is not in Family Health Care Medicine)

KEYWORDS: Representation, Family Health Program, Imaginary

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	Programa Saúde da Família – PSF	10
3	Medicina de Família e Comunidade	23
4	Cornelius Castoriadis e a sua concepção de Imaginário	30
5	OBJETIVO	36
6	MÉTODO DA PESQUISA	37
6.1	CAMPO DE PESQUISA	41
6.1.1	O que é o Campo da Pesquisa?	41
6.1.2	Qual é o Campo da Pesquisa?	41
6.1.3	Caracterização do Campo da Pesquisa	43
6.1.4	As Unidades de Saúde da Família: Principais Características	47
	Unidade de Saúde da Família Furo das Marinhas	48
	Unidade de Saúde da Família Sucurijugara	49
	Unidade de Saúde da Família Baía do Sol	50
	Unidade de Saúde da Família Carananduba	51
	Unidade de Saúde da Família Maracajá	52
	Unidade de Saúde da Família Aeroporto	52
6.2	Participantes	54
6.3	Recrutamento dos participantes	55
6.4	Instrumento	55
6.5	Roteiro de Entrevista	57
6.6	Equipamento	59
6.7	Análise dos dados	59

6.8	Critérios de Inclusão e Exclusão -----	60
6.9	Avaliação de Risco Benefício -----	60
6.10	Descrevendo a Pesquisa de Campo -----	61
7	Análise dos Dados -----	64
7.1.	Trajetória Individual -----	64
7.2	Atividades Desenvolvidas -----	80
7.3	Concepções sobre o PSF -----	87
7.4	Satisfações e Dificuldades no Trabalho -----	93
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	105
	REFERÊNCIAS -----	107
	ANEXOS -----	112
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	113

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1994 no Brasil como uma estratégia assistencial que se baseia nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: equidade, universalidade, integralidade, participação da comunidade e intersetorialidade. Para que se consolidasse no país e garantisse efetivamente os seus princípios, fez-se necessária a implementação de mudanças nas práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção integral, em detrimento ao modelo médico-curativo.

Defende-se, desde então, um olhar voltado para a promoção da saúde e à prevenção de doenças, focado no nível da atenção primária, contando com a efetiva participação da comunidade e com a atuação de uma equipe multiprofissional de saúde¹.

Observa-se, com isso, que o trabalho em equipe constitui-se como a mola mestra para a atuação dos profissionais de saúde no PSF. Esta premissa permeia todo o contexto da saúde pública no país, sendo exaustivamente discutida em publicações da área e bastante difundida entre os sujeitos que nela atuam.

Porém, apesar da obrigatoriedade que o programa impõe de que se considere a existência de outros ‘saberes’ dentro de uma equipe, observa-se que muitos profissionais da área ainda reproduzem em suas falas e práticas posturas marcadas por anos de atuação, baseadas no olhar único do saber médico.

Tais observações puderam ser feitas a partir da realização de uma monografia de minha autoria para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Pará, intitulada "O trabalho em equipe multiprofissional sob a ótica dos profissionais do Programa de Saúde da Família".

Nesta monografia, os profissionais entrevistados, que compunham uma equipe básica do PSF em um município do interior do Estado do Pará, relataram que o médico posiciona-se como uma figura importante na equipe. Destacaram diversos pontos que envolvem a prática assistencial no programa, como a alta rotatividade dos profissionais (principalmente médicos), as reuniões de equipe e as capacitações, a fim de demonstrar aspectos de sua atuação: conflitos, dificuldades, escolhas e gratificações.

Entende-se que tais dados obtidos tratam de uma realidade particular, dizendo respeito àquela equipe de PSF e a um município específico. Porém, alguns autores constataam que

¹ Segundo o Ministério da Saúde essa equipe básica deve ser constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

ainda hoje existe uma profunda resistência por parte do saber médico em romper com sua prática organicamente centrada e ir em busca de um modelo comprometido com a pessoa e com a complexidade do humano. Essas resistências diversas referem-se a questões como de poder político, econômico-financeiras, ideológico-culturais, entre tantas outras. (SÁ, 2000, p.48).

Deve-se ressaltar também que, para compreender como se dá a lógica do saber médico dentro do Programa de Saúde da Família, faz-se necessário conhecer anteriormente como se deram as modificações que a medicina sofreu ao longo dos anos. Demonstra-se igualmente relevante, conhecer as mudanças ocorridas na medicina de família, que possui uma trajetória histórica que não pode ser deixada de lado.

Deve-se observar ainda a existência de uma dissociação entre o tipo de formação do profissional médico e as demandas por recursos humanos necessários para atender a esse novo modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

Em adição a este fato, notam-se as significativas transformações ocorridas nos modelos assistenciais, em que os profissionais de saúde são sujeitos ativos desta construção e vivenciam na prática diária todas as contradições que os dois modelos que existem concomitantemente ainda impõem.

Dessa forma, faz-se importante questionar como os médicos de família representam essas mudanças e, por conseguinte, de que forma compreendem as suas práticas profissionais dentro de um programa com formas de atenção pretensamente inovadoras.

Faz-se relevante notar também que essa mudança deve ser compreendida histórica e socialmente, já que se constitui como ponto fundamental para observar como esses sujeitos significam tais conceitos.

Quais as representações imaginárias acerca da medicina de família para estes indivíduos e que vivências possuem a esse respeito?

Assim, com esta dissertação, pretende-se compreender as representações imaginárias dos médicos de família que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) no Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS) acerca de sua atuação profissional.

O interesse por essa temática surgiu também, e principalmente, a partir de minha experiência profissional como Psicóloga de Família de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família no sistema de saúde suplementar, bem como através da atuação durante período de estágio em uma Casa Família de um PSF do interior do estado do Pará.

Nos capítulos que se seguem, serão descritos primeiramente o histórico da Saúde Pública no País, bem como o surgimento do Programa de Saúde da Família, com suas características principais e seus objetivos.

Posteriormente, no capítulo subsequente, serão descritas as peculiaridades acerca da Medicina de Família e Comunidade, enquanto área de atuação na atividade médica, bem como especialidade médica.

Nesta dissertação haverá ainda um capítulo destinado à fundamentação teórica, que baseou-se em uma análise sócio-histórica, mais especificamente tratando da teoria do imaginário do filósofo Cornelius Castoriadis (1922-1997). Nesse tópico, os conceitos principais da obra deste autor serão pontuados. Por fim, após a descrição da metodologia utilizada e da pesquisa de campo, serão analisados os dados provenientes dos discursos dos sujeitos entrevistados, fazendo-se uma relação com a fundamentação teórica.

2. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Para compreender o Programa de Saúde da Família (PSF), seu funcionamento e características principais, faz-se necessário não somente ter conhecimento acerca do histórico da Saúde no Brasil e no mundo, como entender alguns conceitos básicos que permeiam o programa, como o de Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública e Saúde Coletiva, dentre outros.

Objetivando ainda compreender o contexto que permeia esse programa, devemos ter em mente também que o campo da saúde, no qual o PSF está inserido, refere-se a uma realidade bastante complexa. Nela, existe uma demanda de que os profissionais de saúde possuam conhecimentos distintos e ao mesmo tempo integrados. Mais à frente, ainda neste capítulo, veremos como a atuação nesse programa se dá de forma criativa e por vezes contraditória.

Nesse sentido, pode-se dizer, então, que essa área de atuação requer uma abordagem dialética do profissional que nela atua. Assim, esse sujeito deve compreender para transformar a sua prática e essa última, desafia o tempo todo, as teorias vigentes, fazendo com que essas sejam repensadas permanentemente. (MINAYO, p. 13, 1993)

Entendendo então a saúde como um campo complexo de atuação, podemos partir para uma tentativa de explicação dos conceitos de Saúde Pública e Saúde Coletiva, tentando ainda diferenciá-los.

Nesse sentido, podemos dizer que, segundo Minayo (1993), o termo Saúde Pública consagra uma dimensão reducionista de direção e de intervenção do Estado numa área social mais ampla e complexa do que a definida pelas práticas sanitárias oficiais.

Já a Saúde Coletiva, é um termo ambíguo, tanto quanto o termo Saúde Pública, e da mesma forma por vezes torna-se 'inespecífico'. Justificando a utilização da palavra 'inespecífico' como característica da Saúde Coletiva, podemos citar alguns autores, como Donnangelo (1983,19-24) e Merhy (1985, 21), que detectaram essa imprecisão do adjetivo 'coletivo' para conceituar o campo da saúde. Chegaram a essa conclusão devido à ampla conotação que comporta esse termo e pela relação de exterioridade que ele estabelece frente ao objeto. (MINAYO, 1993, p14)

No Brasil e na América Latina, o objeto denominado Saúde Pública passa a merecer tratamento, denominação e conotação que o traduz do inespecífico 'Público' referente à política de prevenção proposta pelo Estado, para o Coletivo, que sugere direitos, situação

histórica, comprometimento de condições de vida social e uma crítica ao indivíduo como responsável único por sua saúde/doença.

Dessa forma, surge então a nova disciplina e campo de intervenção, denominado Saúde Coletiva, que incorpora definitivamente as Ciências Sociais no estudo dos fenômenos saúde/doença. A Saúde Coletiva considera uma mudança qualitativa do enfoque proposto anteriormente pela Saúde Pública, à medida em que transfere a ênfase dos corpos biológicos para os corpos sociais, tais como grupos, classes e relações sociais referidos ao processo saúde/doença.

Mas é preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos 'científicas'. Pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.

Retomando os conceitos básicos necessários à compreensão do Programa de Saúde da Família, chegamos até outro importante conceito: o de Atenção Primária à Saúde – APS.

Para descrevê-lo, optou-se pela definição da WHO (World Health Organization) que diz que a APS é a:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também como o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1978, p.5-6)

Pormenorizando esse conceito mais ampliado da WHO, podemos afirmar que a APS seria o primeiro nível de atenção dentro de um sistema de saúde. Ou seja, seria o primeiro contato de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade com o sistema de saúde de seu país, mais especificamente, de sua cidade. Dessa forma, o objetivo principal da Atenção Primária à Saúde seria levar a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde a população reside e trabalha.

Entende-se, porém, que esse é um dos níveis de atenção à saúde, funcionando como o primeiro elo dentro de uma atenção continuada à saúde, constituída de diversos outros. Esse

nível de atenção está baseado em métodos e tecnologias, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis.

O acesso a essas práticas de saúde deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de acordo com o que define a Constituição Federal de 1988, com os princípios de equidade e acesso.

Para Starfield (2001), autora que constitui referência obrigatória nesse tema, APS seria como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema, de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal ou duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e, além do mais, capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema. (STARFIELD, 2001 In GOULART, 2007, p16).

Mas em que sentido podemos então relacionar o conceito de Atenção Primária à Saúde com o Programa de Saúde da Família?

Podemos dizer que o PSF está inserido na APS, como uma forma organizada de atuação nesse nível de atenção. Dessa maneira, podemos fazer uma articulação conceitual entre os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e os de Saúde da Família. A esse respeito, Goulart (2007), aponta semelhanças que se seguem: Ambos possuem suas práticas como objeto da intervenção do Estado (seja com um papel executor ou regulador), caracterizando-as como partes de um corpo de políticas sociais de um país.

O processo de trabalho se dá de uma forma bem específica, tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais, dentro de um âmbito generalista. Ou seja, a atuação dos profissionais está baseada fora do caráter especializado, que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo tipos de doenças, por exemplo.

No PSF, os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde são baseados na ampliação e na superação dos conceitos tradicionais antinômicos: individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial. A mesma forma ocorre na APS.

Uma das principais características comuns entre esses dois conceitos é a da proteção voltada não apenas a indivíduos-singulares, mas a coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando assim em um novo tipo de prática social de saúde. (GOULART, 2007, p 27-8)

Podemos asseverar, então, que o Programa de Saúde da Família - PSF encontra-se nesse primeiro nível de atenção, caracterizado por ser Atenção Primária à Saúde - APS. Mas para antes de partirmos para uma conceituação e definição do Programa de Saúde da Família, faz-se necessário ainda compreender suas raízes históricas, que obviamente perpassam a história da saúde e da medicina, tanto no Brasil, quanto no mundo.

A história da medicina é marcada por uma profunda mudança de paradigma no decorrer dos séculos. Em sua origem, não havia uma dissociação entre mente e corpo. Posteriormente, os fenômenos humanos passaram a ser considerados a partir de um enfoque dualista. Após essa variação, a medicina funcionou sob uma perspectiva mecanicista, considerando fenômenos complexos relativos aos seres humanos como constituídos por princípios simples, baseando suas análises em uma relação de causa-efeito. (GIL, 2006, p.172)

Essa visão cartesiana e positivista pode ser facilmente exemplificada dentro de uma corrente de pensamento dominante na área da saúde em períodos mais recentes da história, como nos anos 50. Nessa década, percebe-se que a corrente positivista de pensamento possuía uma forte influência sobre a área da saúde, principalmente no que diz respeito à pouca valorização conceitual que existia do processo saúde/doença e de seus determinantes. (MINAYO, 1993, p.49)

Outro dado bastante característico dessa época era o enfoque pragmático e funcionalista da medicina, como se a mesma fosse uma ciência universal, atemporal e isenta de valores. Em detrimento, encontravam-se os valores das ciências sociais, que eram consideradas como meros acessórios ou complemento na prática e na teoria médicas, considerando-as como ciências normativas e com finalidade adaptativa e funcional.

Já na prática médica e nas suas relações com a sociedade, o positivismo se manifestou através da concepção da saúde/doença da época. Essa percepção era vista apenas como um fenômeno biológico e individual, em que o social entrava compreendido como uma variável, quando não era desconhecido ou omitido. (MINAYO, 1993, p.49)

Outra importante marca do positivismo na área da saúde era a excessiva valorização da tecnologia e da capacidade absoluta da medicina de erradicar as doenças, bem como a dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos do conhecimento. Assim, as ciências sociais eram adotadas de forma pragmática, onde a sociologia e a antropologia, por exemplo, eram consideradas importantes apenas para fazer questionários, produzir informações culturais e ensinar alguns conceitos básico.

Dessa forma, pode-se facilmente visualizar que a concepção de saúde e doença da época trabalhava sob essa distinção cartesiana entre mente e corpo. Analisava o corpo como uma máquina, minimizava-se assim os seus aspectos sociais, psicológicos e comportamentais, ou seja, fundamentava-se basicamente nos aspectos biológicos, com grande preocupação com o tecnicismo.

Na tentativa de superação dessa medicina orgânica, observou-se o surgimento de uma medicina holística, que objetivava dirigir-se ao todo. Surge, então, uma série de denominações de medicina, como a medicina da pessoa, a medicina antropológica, etc., cuja referência não se dirige apenas ao domínio do biológico.

Muitos autores consideram que essa mudança se deu a partir do pensamento fenomenológico. A esse respeito, Minayo (1993) afirma que, com o tempo, foi se desenvolvendo uma linha holística na concepção da saúde/doença que se resumiria em alguns pontos:

- A saúde tem que ser pensada como um bem-estar integral: físico, mental, social e espiritual;
- Os indivíduos devem assumir sua responsabilidade inalienável frente às questões de sua saúde;
- As práticas da medicina holística devem ajudar as pessoas a desenvolver atitudes, disposições, hábitos e práticas que promovam seu bem-estar integral;
- O sistema de saúde deve ser reorientado para tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam a doença; as pessoas devem se voltar para a harmonia com a natureza, utilizar práticas e meios naturais de tratamento. (MINAYO, 1993, p 62)

Desde então, ocorreram resultados práticos nos serviços de saúde, como o aparecimento de novas formas institucionalizadas de saúde pública. A atenção primária foi se tornando mais organizada e foi se desenvolvendo uma cultura de estímulo ao autocuidado, bem como de incentivo ao uso da medicina tradicional e a participação da comunidade. Grande parte dessas experiências e os princípios sobre os quais elas se sustentaram foram apropriados pelo Estado na maioria dos países da América Latina desde a década de 70.

Mais recentemente, outras mudanças nas políticas públicas de saúde foram implementadas com o objetivo de disponibilizar essa atenção universal e igualitária à saúde para todas as camadas da sociedade. Nesse sentido, diversas conferências e encontros internacionais foram articulados. A Conferência Internacional de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, pela OMS e UNICEF, é um dos principais exemplos de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo durante toda a década de 1980.

Com o tema “Saúde para todos no ano 2000”, em Alma-Ata estabeleceu-se uma meta de saúde como um direito humano fundamental, bem como de buscar desenvolvimento socioeconômico aos países subdesenvolvidos, tendo como foco a prevenção e promoção da saúde. (GIL, 2006, p.1172)

Ainda como herança de Alma-Ata, pôde-se observar a proposição de saúde como um direito do cidadão e dever do estado que se traduz em nossa Constituição Federal, no artigo 200, havendo ainda a incorporação dos princípios de universalização e equidade nas diretrizes de nossa política pública de saúde do país. (MIRANDA, p.2002)

Essas modificações repercutiram em diversos países. Na Espanha, em Cuba, na Nova Zelândia, Grã-Bretanha, por exemplo, inventaram-se desenhos organizacionais que buscavam assegurar a capacidade clínica e preventiva às equipes da atenção básica. Da mesma forma, o Brasil pensou posteriormente no Programa de Saúde da Família. (GOULART, 2007, p. 11).

No caso brasileiro, outro importante referencial proposto em Alma-Ata foi a inspiração para as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no país, ainda no final da década de 1970 e início de 1980, contribuindo conceitualmente para a organização dos mesmos. (GIL, 2006, p.1172)

Ainda no que diz respeito ao contexto sócio-histórico que permeia a formação do PSF no Brasil, não podemos desconsiderar a valorização da família nas políticas públicas sociais. Isso deu-se como algo instituído ao longo de toda a história da construção do sistema de saúde brasileiro. Porém, foi especificamente no ano de 1994, que houve a escolha pela ONU do Ano Internacional da Família. Tal decisão teria tido um forte impacto indutor sobre a política brasileira, bem como de outros países do mundo, já que valorizou os conceitos de família e de comunidade. Alguns autores chegam a considerar que após esse evento, criaram-se as condições para o advento de um ‘clima cultural’ propício para inovações nas políticas sociais, com elas o próprio PSF. (GOULART, 2007, p. 73)

A esse respeito, reveremos futuramente que o PSF terá como objeto de atenção a família, entendida a partir do ambiente onde vive e não mais com o foco no indivíduo isoladamente. Entretanto, a proposta da Saúde da Família somente alcançaria sua maturidade nos anos 90, galgando então o estatuto da política pública no Brasil. Mais especificamente em 1994, foi implantado no país com o objetivo de atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao ideário de um novo modelo de saúde.

Goulart (2007), em seu livro intitulado ‘Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos’, comenta que a implantação desse modelo no Brasil se deu cercada por um debate cultural e ideológico, que antecedeu e acompanhou toda a implementação do projeto.

Esse mesmo autor declara que essa implantação do programa no país resultou de complexas influências sociais, políticas e culturais e acabou incorporando diversos e conflituosos elementos ideológicos e conceituais em suas bases.

Afirma, ainda, que o surgimento do Programa de Saúde da Família se deu através do conflito entre uma normatização ‘dura’ realizada pelo Governo Federal e iniciativas dos governos municipais, em nível local. Dessas instâncias, o que prevaleceu nesse processo de implementação foi a flexibilidade e as inovações de caráter local. (GOULART, 2007, p16).

Nesse sentido, percebe-se que existe a possibilidade de se produzir novos conhecimentos e inovações dentro do Programa de Saúde da Família a partir da prática dos profissionais que nele atuam em nível local, no qual esses sujeitos podem ser considerados como atores ativos na construção e implementação desse modelo assistencial, apesar das diretrizes conceituais e organizacionais da esfera federal.

Essa complexidade que envolve a implantação e a caracterização do Programa de Saúde da Família pode ser entendida quando se considera que ele se situa, por exemplo, como política social, logo, permeado de princípios e conceitos operacionais, nos quais obviamente são freqüentes as contradições de natureza político-ideológicas ou conceituais.

Entretanto, deve-se citar que o Programa de Saúde da Família já foi taxado de uma proposta manipuladora, eleitoreira e contrária aos princípios do SUS (MISOCZY, 1994). Em outro momento, foi redimida como uma proposta inovadora, de caráter antagonico ao de uma ‘antiga medicina de família’. (TRAD; BASTOS, 1998 In GOULART, 2007, p. 69)

Dessa forma, poderíamos dizer que existem diversas conceituações possíveis para o PSF, baseada em muitos pontos de vistas e em autores distintos. Goulart (2007) faz um apanhado dessas diversas formulações, que poderíamos resumir da como os descritos nos parágrafos que se seguem.

O PSF poderia ser considerado mais uma política racionalizadora, de caráter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais nos países pobres e em desenvolvimento.

Ao mesmo tempo, poderia ser também entendido como uma intervenção coerente com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, conforme as disposições da Constituição Federal brasileira de 1988.

Por outro lado, o PSF poderia ainda ser percebido como política centralista de governo, formulada para um tipo modal de realidade local, versus uma construção social de base descentralizada, com fundamento no conceito de cidadania potencialmente

transformadora da realidade do sistema de saúde, surgindo como estratégia para o alcance da equidade e da integralidade em saúde.

Apesar das diversas concepções acerca de sua conceituação central, podemos definir, a partir do que é estipulado pelo Ministério da Saúde, que o programa possui como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, elegendo a família e seu espaço social como objeto de trabalho, prezando pela atenção integral à saúde, a humanização das práticas e pela participação da comunidade.

O Ministério da Saúde, obviamente, possui a sua forma de descrever o programa e o fez através de diversos documentos oficiais. Logo no início da implantação dessa estratégia, em meados dos anos de 1994 e 1995, os textos começaram a assumir um caráter gradualmente mais técnico, com conteúdos mais objetivos e prescritivos.

Pode-se observar essa diferença quando se compara, por exemplo, um documento oficial do programa emitido em 1994 e um de 1997, por exemplo, intitulado 'Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial'.

Até mesmo a concepção acerca do programa se altera de uma publicação para a outra, já que, o que era 'estratégia para organização dos serviços de saúde' para um, converte-se em 'estratégia de reorientação do modelo assistencial' em outro.

O documento de 1997 do Ministério da Saúde anuncia, com detalhes, a que veio o PSF, declinando seus objetivos e diretrizes operacionais, dedicando especial atenção à reorganização das práticas de trabalho, às competências dos níveis de governo, bem como às etapas de implantação do PSF.

Nesse documento, ainda aponta que, embora ele seja rotulado como um 'programa', o PSF, pelas especificidades que possui, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo próprio Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. (BRASIL, 1997)

Pelo contrário, o PSF se caracterizaria, segundo o próprio Ministério, como uma 'estratégia' que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resoluções dos problemas identificados. (BRASIL, 1997)

Faz-se importante salientar que, durante uma pesquisa bibliográfica rápida, torna-se muito comum ao leitor encontrar referências diversas acerca do PSF: ora como um 'programa', como seu próprio nome o define, ora descrito como uma 'estratégia' assistencial.

A esse respeito, Ribeiro (2004) nos diz que:

Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, defini-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de 'estratégia' por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS. (RIBEIRO, 2004)

Porém, optou-se, nessa pesquisa, por não aprofundar acerca desse impasse conceitual, apenas apontando a sua existência. Dessa forma, objetiva-se somente esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir durante a leitura deste texto, já que ambos os termos são utilizados ao se referir ao PSF.

Apesar da possibilidade de existência de diversas conceituações sobre o Programa de Saúde da Família, podemos dizer que, no Brasil, esse conceito ainda está em formação. Mesmo na realidade brasileira, encontram-se praticadas diversas acepções do Programa. Um exemplo disso se dá quando a comparação é feita, por exemplo, com as propostas internacionais: o General Practitioner britânico, o Gate-keeper ou o Family Doctor dos EUA ou, ainda, o Médico de Família cubano. (GOULART, 2007, p. 65)

Nesses casos, o risco de equívoco é muito grande. Aliás, os casos americanos e cubano, embora radicalmente diferentes, são frequentemente tomados como modelo para o programa brasileiro, em uma tentativa arriscada de aproximação de propostas muito diferentes entre si e também bastante divergentes daquela que oficialmente vigora no país.

Uma grande dificuldade relativa à implantação do programa no país diz respeito ao processo de avaliação da produção de impacto do mesmo, que segundo alguns autores, ainda é muito incipiente. Goulart (2007) considera que, o mesmo equívoco de comparação com outras experiências internacionais se deu no âmbito da avaliação do PSF. Nesse sentido, as metodologias de avaliação utilizadas em outras partes do mundo (como na Managed Competition, dos EUA) foram utilizadas para oferecer subsídios avaliativos para o PSF. (GOULART, 2007, p. 65)

Apesar dessas dificuldades, entende-se que o PSF configura-se como uma possível mudança de paradigma nas práticas assistenciais. Seu caráter inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde parece também evidenciado, não só nas análises dos documentos oficiais, como na visão dos autores citados.

Dessa forma, como se dá essa prática cotidiana marcada por uma mudança tão significativa de um paradigma assistencial? Dentro desse contexto de transformações nas práticas de saúde, o que os profissionais que atuam nesse programa significam acerca de sua atuação?

O desenvolvimento dessas práticas demanda que os profissionais possuam uma visão integral do sujeito, da família e da comunidade, redirecionando-se então o processo de trabalho devido às competências exigidas para esse 'novo' trabalhador de saúde.

No PSF, “a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas uma equipe”. Essa forma de organização do trabalho se baseia na “interação social entre os trabalhadores”, enfatizando uma maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes e “possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe”. (ALMEIDA, 2001, p. 150)

Como já pôde ser explicitado anteriormente, essa equipe é constituída em sua formação básica, segundo o Ministério da Saúde, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Especificamente no que diz respeito ao profissional médico, foco de análise desta pesquisa, entende-se que este deve possuir uma formação peculiar para atuar no programa.

Muitos municípios exigem, para contratação do profissional que atuará no programa, um curso de especialização, uma residência ou mesmo o título de especialista nas seguintes áreas: medicina de família e comunidade, saúde da família, saúde pública, clínica médica ou até mesmo em pediatria, levando em consideração o olhar generalista que estas especialidades exigem de um médico.

Apesar da Medicina de Família e Comunidade ser uma especialidade médica com características próprias e área de atuação bem definida, o que se observa é que o profissional que atua no programa muitas vezes sequer possui experiência na área, quanto mais uma qualificação como as acima citadas.

Nesse sentido, torna-se evidente notar que dentre as dificuldades para a implantação do PSF, encontra-se uma de fundamental importância: a ausência de recursos humanos qualificados para atuar neste novo modelo, particularmente com respeito aos médicos.

Ainda sobre este aspecto, Miranda (2002) descreve que os médicos:

Vêm se constituindo em um dos principais atores de impedimento para a efetiva transformação do modelo de assistência médico sanitário brasileiro (...), por não se adaptarem às alterações na forma como são oferecidos e distribuídos os serviços de saúde a população. (MIRANDA, 2002)

Ainda a esse respeito, em estudo realizado no município de Florianópolis-SC, técnicos e gestores ligados ao PSF foram entrevistados e apontaram alguns pontos problemáticos na implementação do PSF como, por exemplo, a dificuldade de obter médicos com formação adequada, devido ao número reduzido de residências médicas nessa área.

Em outro estudo realizado com equipes do PSF, dessa vez em Terezina-PI, Pedrosa & Teles (2001), entrevistaram os profissionais da equipe de saúde da família quanto às relações na equipe. Chegaram ao resultado em que os médicos e a equipe de enfermagem alegavam ter problemas com os agentes e estes alegavam ter problemas com os médicos e enfermeiras. (FERNANDEZ et al, 2005, p 754)

Situação semelhante pôde ser também observada nas equipes do PSF no município de Ananindeua-PA, através de trabalho realizado por Lins (2006). Nessa pesquisa, os profissionais da equipe descreviam algumas dificuldades na relação da equipe, sugerindo a autoridade médica como um entrave ao bom andamento do programa. (LINS, 2006)

Na tentativa de compreender essas diferenças, é importante ressaltar que ainda na sociedade atual vê-se o papel do médico como central e hegemônico, o que não possibilita maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe, citando mais uma vez o texto de Almeida e Mishima, que trata do ‘desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família’. (ALMEIDA, 2001).

Ainda acerca do papel hegemônico da medicina, outros autores, como Minayo (1993), ressaltam que o caráter dominador da medicina tem induzido a prática médica a ampliar cada vez mais seu controle sobre o corpo, os eventos da vida humana, os ciclos biológicos e a vida social. (MINAYO, 1993, p 60-1)

Outros autores chegam, inclusive, a detalhar que o pensamento positivista na área da saúde fica bem declarado no tratamento subalterno dado aos outros profissionais da área, como enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e atendentes.

Essa idéia é definida também em outro trabalho, que citam a Medicina como um saber absoluto e inquestionável e o saber médico como um saber instituído, “saber fortemente disciplinador, persuasivo e destituído de opositores. Nesse artigo, também, o autor defende que é conhecida a pretensão médica de sanear o corpo social, exercendo amplamente suas dimensões políticas e disciplinares (WEBER, 1999. P. 15)

Embora tenha crescido bastante no país, não se pode negligenciar também que existem muitos outros problemas que o PSF possui desde sua implantação. Se de um lado, os profissionais não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde, tais como integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença,

formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe; o mesmo também ocorre em relação à gestão do sistema, que enfrenta problemas relacionados com a lógica quantitativa da produção, com a rigidez nos processos de trabalho, com a fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência. (GIL, 2006, p.1179)

Outros autores, ainda a esse respeito, apontam que a formação inadequada dos profissionais, o número insuficiente de médicos, a falta de recursos financeiros aliada à dificuldade financeira dos municípios e a falta de entendimento dos gestores a respeito do programa constituem-se como um dos grandes dificultadores para a implantação do programa no país.

Surgiram também, segundo Fernandez (2005), dificuldades relacionadas à capacitação dos profissionais, à isonomia salarial, à formação médica de caráter especialista (não generalista), a profissionais nem sempre tão bem treinados ou sem conhecimento suficiente e vontade social para atender a população mais carente. Estes desarranjos acabam por gerar problemas organizacionais e impedem o bom andamento do Programa, não conseguindo assim manter a estrutura proposta pelo Ministério da Saúde. (FERNANDEZ et al, 2005, p 754)

O PSF poderia, ademais, ser questionado como uma adaptação paliativa e, por assim dizer, cosmética, do modelo de atenção à saúde vigente, incapaz, portanto, de reverter as conhecidas distorções do mesmo. Ao mesmo tempo, poderia ser visto como possível força geradora de mudanças estruturais do modelo assistencial, incorporando os elementos de um novo paradigma, de recorte sanitário-epidemiológico. (GOULART, 2007, p16).

Mesmo com a implantação de programas como o PSF, ainda existe uma série de críticas radicais relacionadas aos equívocos positivistas e desenvolvimentistas atuais no que diz respeito à área da saúde. Defende-se essa idéia, já que se considera que o avanço científico e tecnológico da medicina não tem correspondido à melhoria de saúde das sociedades em seu conjunto.

Muitos autores defendem a posição de que a distribuição dos serviços de saúde está em razão inversa das necessidades da grande maioria da população dos países latino-americanos.

Pode-se dizer também que, desde a sua implantação em 1994, o programa vem acontecendo de maneira diferente em todo o Brasil. Percebe-se que é um modelo que funciona muito bem em cidades pequenas, que em sua grande maioria, antes de sua implantação, contavam com uma estrutura precária e pouco acesso à saúde, quando comparadas às grandes metrópoles. (FERNANDEZ et al, 2005, p 754)

Por esse e por tantos outros aspectos descritos nesse capítulo relativos ao Programa de Saúde da Família, faz-se importante compreender a história da saúde pública no Brasil e no mundo, bem como a criação e a implantação do Programa de Saúde da Família, em uma pesquisa que o utiliza como campo de análise.

Portanto, é dentro desse contexto sócio-histórico que se pretende compreender quais são as representações imaginárias criadas acerca da atuação no Programa de Saúde da Família pelos sujeitos médicos dela pertencentes.

3. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O chamado movimento de Medicina de Família teve sua entrada nos países da América Latina e no Brasil a partir da década de 70, conhecido como fase acadêmica da Medicina de Família. Nesse período ocorreram inúmeras reuniões e seminários sediados em universidades acerca dessa temática. (GOULART, 2007, p. 70)

Esse movimento internacional gerou diversas propostas relacionadas à Medicina de Família, em que se defendia um conjunto de práticas em saúde que buscassem substituir a formação especializada e técnica dos médicos, por uma outra alternativa que propusesse a atenção integrada e completa sobre a saúde da população.

Ainda nesse momento, podia-se visualizar que existiam vertentes de interpretação mais 'saudosistas' da Medicina de Família, que consideravam que as práticas assistenciais deveriam ser um reflexo de um resgate histórico. Nesse sentido, pensava-se em um resgate quase que 'romântico' da antiga prática do Médico de Família, que visitava as residências e promovia o cuidado para toda a família durante anos.

De outro lado, outra vertente de teóricos, em contraposição, possuía uma concepção mais 'racionalizadora' da Medicina de Família, dessa vez mais preocupada com a redução de custos, com o impacto das tecnologias, bem como com a pressão da população pela reorganização dos serviços de saúde.

Tantas mudanças conceituais podem ser percebidas inclusive através da própria expressão 'Médico de Família', que já experimentou diversos significados diferentes em sua trajetória, sendo freqüentemente rejeitada ou substituída por outras como 'clínico geral' ou simplesmente 'médico'.

Tal fato pode ser claramente ilustrado através de um encarte informativo da SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidades) que descreve o seguinte:

Em alguns países somos chamados de 'médicos de cabeceira', pois somos aqueles médicos de referência que podem ajudar num momento de dúvida, de necessidade, de opinião quanto ao que fazer e a quem procurar (...) Há muitas palavras que nossos pacientes utilizam para definir a relação que têm conosco, 'Médico da minha confiança'; 'Aquele que nos conhece bem'; 'Como se fosse da nossa família'. (SBMFC, 2006)

A partir desse ponto de vista, pode-se dizer que o não se torna difícil provar para os pacientes o que o médico de família faz, pois eles logo adivinham: o médico de família é "o meu médico". (BLASCO, 1997)

No Brasil, apesar dessa especialidade existir desde 1976, ficou muito tempo em posição marginal e apenas ganhou visibilidade após a expansão do Programa Saúde da Família em 1994. Muitos autores chegam a considerar que a história da Medicina de Família e Comunidade no Brasil está dividida como antes e depois da implantação do PSF.

Atualmente, pode-se dizer que a Medicina de Família e Comunidade é considerada internacionalmente como a especialidade que pode, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde de uma pessoa e de uma população. (GUSSO, 2006)

Medicina de Família poderia ser conceituada como uma disciplina acadêmica e científica, que possui seus próprios conteúdos educacionais, de investigação, com base de evidências e com atividade clínica. Sendo assim, é uma especialidade clínica, orientada para os cuidados primários em saúde. (WONCA, 2002, p. 6)

Além disso, a Medicina de Família enfatiza o conhecimento de áreas como dinâmica familiar, relações interpessoais, aconselhamento e psicoterapia, apesar do foco primário ser direcionado ao tratamento clínico de indivíduos em seu contexto familiar e cultural. (RAKEL, 1997, p. 3)

Assim, fica evidente, então, que essa especialidade médica faz parte inseparável da Atenção Primária à Saúde, como já foi mencionado anteriormente nesta pesquisa. Da mesma forma, também, relembra-se que os sistemas de saúde são formados por níveis, não necessariamente hierarquizados, mas complementares entre si, quais sejam: primário, secundário e terciário. Nestes dois últimos, encontra-se esta especialidade. (GUSSO, 2006)

Dessa forma, alinhada com os preceitos do SUS e inserida na Atenção Primária à Saúde, a Medicina de Família obviamente também se propõe a implementar a reestruturação dos sistemas de saúde em nível primário. Além disso, ela também está inserida no contexto de reestruturação da própria medicina como ciência, já que a Medicina Baseada em Evidência foi incorporada a essa especialidade que — por não tratar de nenhum órgão específico do corpo humano, de uma faixa etária particular ou de gênero exclusivo — elabora com a isenção necessária a análise crítica exigida pela ciência.

Portanto, a Medicina de Família e Comunidade não é uma novidade no Brasil ou no mundo. Tampouco podemos dizer que ela simplesmente significa um simples retorno à idéia do “médico de família” antigo, que era desprovido de uma tecnologia própria ou mesmo dos avanços modernos de que a ciência dispõe.

Deve ficar claro que essa especialidade possui uma epistemologia bem definida, apesar de obviamente não ser onisciente e também não lidar apenas com problemas banais ou

de fácil resolução. As suas competências e habilidades específicas são claras, bem como os seus limites de atuação.

Porém, muitos atores reconhecem que ainda consiste em um desafio real para esta especialidade: a afirmação da sua identidade. Os médicos de família precisam posicionar-se para falar de igual para igual com as outras especialidades médicas, em paridade de competências, já que é sabedora possuir um corpo próprio de conhecimentos, uma metodologia específica e de uma linha de pesquisa peculiar. Deve-se obviamente deixar claro que esta especialidade médica não é mais, nem muito menos importante do que as outras áreas do saber médico. Ela apenas possui características que lhe são próprias, que são objetos do seu conhecimento, e que possui um terreno específico de ação médica, e, portanto, um cotidiano diferenciado do médico de família. (BLASCO, 1997)

Dessa forma, seguindo o que é definido pela especialidade médica, no que diz respeito às suas competências e habilidades, pode-se dizer que a formação dos profissionais que atuam nessa área deve seguir tais preceitos, que dizem respeito à formação do médico de família. Considera-se, então, que a residência médica, como em qualquer outra especialidade, é considerada a forma mais adequada de formação deste profissional. (GUSSO, 2006)

Porém, ainda percebe-se que os profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família apresentam-se sem qualquer tipo de formação na área de Medicina de Família e Comunidade, em sua maioria.

Entende-se também que o aumento do conhecimento sobre essa especialidade, aliado à necessária qualificação dos profissionais que atuam como médicos de família no PSF, certamente são questões estratégicas que permitirão a consolidação de um sistema de saúde mais eficaz e de qualidade para o país.

Fica claro também que, após a sua criação do Programa de Saúde da Família no Brasil, o mercado de trabalho para a Medicina de Família e Comunidade começa a crescer. Mas, no início da implantação do programa, ainda eram poucos os médicos especialistas na área e a qualidade da formação quase sempre deixava a desejar. (FALK, 2007)

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) é a entidade nacional que congrega os médicos que atuam em unidades e outros serviços de Atenção Primária em Saúde, incluindo os do Programa de Saúde da Família (PSF). A SBMFC associa tanto médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, quanto a outros médicos, residentes e estudantes de medicina interessados nessa área.

Em Belém, no ano de 2006, foi criado o primeiro curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, através da Universidade do Estado do Pará. Em 2007, foi

criada também a Sociedade Paraense de Medicina de Família e Comunidade, que em nível estadual seria a entidade que congregaria tais profissionais dessa área de atuação. Nesse mesmo ano, ainda foi feito o primeiro credenciamento da especialidade Medicina de Família em Plano de Saúde privado no estado do Pará, além da implantação do PSF na rede de saúde suplementar em nível nacional, há cerca de seis anos.

Todos esses dados servem para ilustrar como se apresentam, em nível local, os serviços de saúde e as entidades ligadas à Medicina de Família, tanto no que diz respeito à formação de mão-de-obra, quanto no que tange ao mercado de trabalho.

Em nível mundial, a WONCA (Organização Mundial dos Médicos de Família) possui um papel importante, definindo consensos médicos que servem como referência para a atuação desses profissionais, bem como para promover e desenvolver a disciplina Medicina de Família, de modo a serem atingidos e mantidos elevados os padrões de formação/educação, investigação e prática clínica, em benefício dos indivíduos e das comunidades. (WONCA, 2002, p. 4)

Essa organização define entre outras coisas, a atividade do médico de família em nível mundial. No Brasil, as atribuições do médico de família são definidas pelo Ministério da Saúde através dos documentos oficiais. Dessa forma, seguindo tais documentos as atribuições básicas do médico de família no Brasil são:

Prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade; valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança; oportunizar os contatos com indivíduos sadios e doentes visando os aspectos preventivos e de educação sanitária; empenhar-se em manter seus clientes saudáveis, quer venham às consultas ou não; executar ações básicas de vigilância epidemiológicas e sanitária em sua área de abrangência; executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, realizando também atendimentos de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, entre outros; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável; discutir de forma permanente – junto à equipe de trabalho e comunidade – o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam; participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família. (BRASIL, 1997)

Não se pode relegar que, tanto a prática quanto o saber médicos fazem parte da dinâmica das formulações socioeconômicas e históricos ocorridas no país. Todos esses documentos oficiais e não-oficiais, bem como a descrição dessa atividade médica podem ser explicados como fenômenos históricos específicos, mas correlacionados ao processo social global atual. (MINAYO, 1993, p 78)

A partir da definição de Medicina de Família, pode-se definir a prática clínica do médico de família, bem como servir como um ideal de atuação para todos esses profissionais. Dessa forma, a WONCA (2002), define um médico de família como um especialista com formação nos princípios da Disciplina Medicina de Família e Comunidade. Descreve ainda que:

São médicos principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente de sua idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto das respectivas familiares, comunidades e culturas, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Quando negociam os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo aos conhecimentos e à confiança gerados pelos contatos médico-paciente repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos. Conseguem-no quer diretamente, quer através dos diversos outros profissionais, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade servida, auxiliando os pacientes, sempre que necessário. Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros. (WONCA, 2002, p 12)

Faz-se importante notar que esses elementos acima descritos como integrantes dessa definição não são exclusivos da prática profissional dos médicos de família, sendo facilmente aplicáveis à profissão médica como um todo. Porém, entende-se que a especialidade de Medicina de Família é a única que deve implementar simultaneamente todas essas aptidões clínicas.

Ainda no que diz respeito à atuação do médico de família e comunidade, pode-se dizer que ele referencia o paciente quando não consegue resolver algum problema, cabendo a ele, também, a coordenação da atenção prestada pelos outros níveis. (GUSSO, 2006)

Acerca da atuação profissional, pode-se dizer ainda que a prática profissional no Brasil é tipicamente urbana, o que confronta com a atuação no PSF, que deve atingir a todo o território nacional. A esse respeito, Machado (1997) defende que os médicos brasileiros estão cada vez mais vinculados a uma estrutura social com predominância urbana, tendo com isso comportamentos e aspirações compatíveis com essa realidade social. (MACHADO, 1997, p. 37)

Em seu livro intitulado 'Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade', Machado (1997), expõe que vários estudos foram citados a respeito desse tema, dentre ele o desenvolvido por Sayeg, que demonstrou que a origem dos estudantes de Medicina do Brasil

se mostrava preponderantemente urbana. Uma década depois, a mesma pesquisa confirmou essa vocação urbana da medicina no Brasil: (...) quase 80% do contingente médico exerce suas atividades em apenas sete estados – Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Paraná e Rio Grande do Sul – dos 27 estados da Federação. A pesquisa constatou ainda tanto a elevada concentração de médicos no Rio de Janeiro e em São Paulo, como a sua escassez ou até ausência em diversos municípios do Pará, Amazonas, Ceará e Pernambuco.

Os dados dessa pesquisa são importantes para configurar a realidade local no que diz respeito à prática médica. O PSF encontra-se principalmente nos municípios do interior do país, exigindo com isso que os profissionais que nele atuam residam nos municípios do interior.

Pode-se dizer, dessa forma, que os dados dessa pesquisa sugerem que os médicos brasileiros tendem a residir nas capitais do país (61,3% do total), tendência essa verificada com mais ênfase nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo a primeira o campo de pesquisa dessa dissertação de mestrado.

Dessa forma, a concentração dessa categoria profissional nas capitais brasileiras é mais acentuada nas regiões Norte e Nordeste, nas quais os médicos respondem, respectivamente, por 77,7% e 75,7% do total de profissionais de saúde. Assim, uma vez que a economia do país está concentrada nos grandes centros urbanos, como nas capitais e municípios de grande porte, conclui-se que ocorre então um desequilíbrio entre as necessidades da população por assistência médica e os interesses individuais dos médicos brasileiros. (MACHADO, 1997, p. 39)

Dentre esses profissionais que se firmam nos grandes centros urbanos, a grande maioria são médicos oriundos da classe média urbana, com elevado grau de educação. Machado (1997) aponta em seu livro o que se verificou nessa dissertação, ou seja, que são poucos os jovens médicos que se encontram no interior do país, principalmente atuando no Programa de Saúde da Família. (MACHADO, 1997, p. 69)

Cabe então o questionamento: se a maioria dos médicos no Brasil possui origem na classe média urbana, preferindo atuar nos grandes centros, como um programa com as características do PSF, que necessita de tantos médicos no interior do país, pode ser considerado o eixo principal do Sistema Único de Saúde - SUS?

4. CORNELIUS CASTORIADIS E SUA CONCEPÇÃO DO IMAGINÁRIO

Nessa pesquisa, optou-se pela fundamentação teórica baseada em uma análise sócio-histórica, mais especificamente tratando da teoria do imaginário do filósofo Cornelius Castoriadis (1922-1997).

Para Castoriadis (1987), o ‘homem só existe na e pela sociedade’, considerando então que toda a sociedade sempre é histórica e que cada uma possui sua forma particular e mesmo singular de funcionamento. (CASTORIADIS, 1987, p. 236)

Segundo Monique Augras (1999), em seu texto intitulado “*Mil janelas*”: *Teóricos do Imaginário*, tanto a sociedade quanto a história são ‘formas que expressam a construção simbólica do mundo’, revelando assim a ‘atuação fundante do imaginário’. A autora descreve ainda que a história permite a criação de uma ‘proliferação de expressões singulares’ e por isso existe a necessidade de se fazer uma ‘análise pontual e contextualizada de cada produção’ que nela surge. (AUGRAS, 1999)

Isso significa dizer que o objeto social-histórico é co-construído pelas atividades de cada indivíduo em uma sociedade específica, contextualizado historicamente, encarnando ou realizando concretamente a sociedade onde vive.

Castoriadis (1987) desenvolve suas idéias no que diz respeito ao sócio-histórico, apontando para a existência de uma multiplicidade e de uma diversidade de sociedades. Cada sociedade teria então uma dimensão histórica interna, tendo a mesma a possibilidade de se exprimir como ‘alteração da ordem social dada e que pode eventualmente conduzir ao fim (súbito ou não) da “ordem antiga” e à instauração de uma nova ordem’. (CASTORIADIS, 1987, p.236)

Logo, podemos dizer que os indivíduos são criações sociais, já que o autor defende que os indivíduos seriam criações sociais tanto em geral como sob a forma particular que cada um assume em sua dada sociedade particular.

Mas, desta forma, este indivíduo social não se constitui apenas como um mero reprodutor de significados instituídos pela sociedade a qual pertence. Ele não toma seus significantes e significados de qualquer lugar e simplesmente os repete.

Apesar de encontrar ao nascer uma língua e uma rede simbólica socialmente estabelecidas, ele possui uma capacidade criadora, que o conceito de imaginário desenvolvido por Castoriadis consegue abranger, ou seja, a realidade por mais material, “exterior” ou natural que pareça ser, está sempre socialmente instituída, porém sempre revestida de significações imaginárias. Pode-se dizer assim que o sujeito é a capacidade criadora em si

mesmo. É a sua criação que o faz enquanto homem, a partir de sua imaginação radical. O homem é homem porque cria de forma absoluta.

A sociedade, dessa forma, também constitui sua rede simbólica de maneira não totalmente livre, pois, da mesma forma, toma sua matéria daquilo que já existe, do que é instituído. Essa matéria é composta pelas instituições simbólicas sociais precedentes em adição as que se criam.

O indivíduo reinterpreta o simbolismo social. Esse simbolismo da sociedade se dá na coletividade, ou seja, através da intersubjetividade. Sobre isso, Castoriadis afirma que ‘por suas conexões naturais e históricas virtualmente ilimitadas, o significante ultrapassa sempre a ligação rígida a um significado preciso, podendo conduzir a lugares totalmente inesperados’. (CASTORIADIS, 1987, p.147)

Dessa maneira, as representações socialmente construídas sobre a medicina de família poderão receber significações diferentes, em diferentes sociedades e nos diferentes grupos sociais.

Assim, um médico de família que atua na lógica assistencial da atenção básica no Canadá, possivelmente possuirá uma visão diferente de sua prática se comparado a de um profissional que atue em uma equipe multiprofissional em Cuba, por exemplo, mesmo sabendo-se que alguns princípios são norteadores básicos para a atuação profissional no contexto da saúde pública.

Como já expressado anteriormente, é a instância do imaginário que permite então o grau de ‘liberdade’ em uma sociedade, isto é, a possibilidade de se construir novos sentidos e significados a partir de outros já existentes.

Castoriadis (1982) assevera que falamos de imaginário quando queremos falar de qualquer coisa ‘inventada’ –quer se trate de uma invenção ‘absoluta’ (‘uma história imaginada em todas as suas partes’), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações ‘normais’ ou ‘canônicas’. (CASTORIADIS, 1982: 154).

Ainda sobre o conceito de imaginário, Augras (1999) define que:

Em sua teoria, Castoriadis atribui um status equivalente à vertente psíquica, individual, e à vertente sócio-histórica. Ambas são modalidades da realidade humana, e são ambas construídas pela dimensão simbólica. “É nesses dois níveis, ou seja, no psíquico e no social-histórico que encontramos essa capacidade de criação que nomeei, mais particularmente, imaginação e imaginário. (CASTORIADIS, 1992, apud AUGRAS, 1999)

Logo, imaginário para Castoriadis (1982) está diretamente ligado à capacidade criadora do homem, nunca desligado da sociedade e da história, de ser produtor incessante de novos sentidos.

Augras (1999) defende que o autor fornece uma concepção totalmente abrangente do imaginário em suas produções, denominando de imaginário o “fundamento da atividade imaginativa em sua atuação realmente criadora e a função que a torna possível”. (AUGRAS, 1999)

Fazendo uma articulação entre o imaginário descrito por Castoriadis e sua visão sócio-histórica, percebe-se que sem a instância imaginária, os sistemas simbólicos funcionariam como uma repetição infundável dos mesmos significados. Logo, pode-se asseverar que o imaginário possui a capacidade de produzir uma “diferença” com o sentido instituído, ‘fazendo emergir o que nele estava negado, reprimido ou simplesmente impossibilitado’. (FUSCALDI, 2004)

Por conseguinte, o imaginário, movido pelo desejo do sujeito, não pode existir senão por intermédio de sua relação com o simbólico. Sobre isso, Castoriadis (1982) diz que:

(...) o imaginário deve utilizar o simbólico, não somente para ‘exprimir-se’, o que é óbvio, mas para ‘existir’, para passar do virtual a qualquer coisa a mais. O delírio mais elaborado bem como a fantasia mais secreta e mais vaga são feitos de ‘imagens’ mas estas ‘imagens’ lá estão como representando outra coisa; possuem, portanto, uma função simbólica. Mas também, inversamente, o simbolismo pressupõe a capacidade imaginária. Pois pressupõe a capacidade de ver em uma coisa o que ela não é, de vê-la diferente do que é. (CASTORIADIS, 1982, p.154)

Percebe-se, então, que o imaginário se posiciona como uma faculdade que origina relações nunca antes existentes, nunca antes dadas à percepção. Podemos dizer também que o imaginário é uma instância que produz algo novo, algo diferente. A instância imaginária alinha-se como uma categoria fundante, trabalhando com uma condição constitutiva do ser humano, completamente criadora de sentidos.

Reconhecer o entrelaçamento da função imaginária com outras instâncias é reconhecer a implicação do ser humano em sua própria história. Negar a importância do imaginário, ou mesmo negar-lhe a existência, retira da sociedade qualquer possibilidade de liberdade, criação ou autonomia. Para entender essa relação entre imaginário e sociedade, já antes mencionada, também podemos recorrer à reflexão que Castoriadis faz acerca da linguagem. Sobre isso, o autor

descreve que:

Uma coisa é dizer que não podemos escolher uma linguagem em uma liberdade absoluta, e que cada linguagem se apodera do que 'deve ser dito'. Outra coisa é acreditar que somos fatalmente dominados pela linguagem e que só podemos dizer o que ela nos leva a dizer. Não podemos jamais sair da linguagem, mas nossa mobilidade na linguagem não tem limites e nos permite tudo questionar, inclusive a própria linguagem e nossa relação com ela. (CASTORIADIS, 1982, p. 153)

Evidentemente que o conceito de linguagem descrito pelo autor é abrangente ao ponto de não se restringir somente à linguagem verbal e sim ao mundo do simbólico que está instituído e é também compartilhado.

Pode-se dizer então que é através da linguagem que as significações imaginárias sociais são veiculadas e tornadas possíveis.

A esse respeito, Castoriadis (1982) diz que:

(...) a psiquê só se pode reconhecer como tal a partir da linguagem que, ao longo da história, vai fixar significações mais ou menos estáveis, deixando portanto a sua função de criação de um mundo para assumir uma dimensão de regulação e perpetuação de sentidos já estabelecidos. Ou seja, sai da criação para a reprodução. Mas a história, por sua vez, escapa dessa lógica identitária, pois é sinônima de transformação. (CASTORIADIS, 1982)

Logo, a relação estabelecida entre a linguagem e a sociedade não é baseada em um determinismo absoluto de uma sobre a outra, muito menos de uma liberdade absoluta. Existe sim uma mútua produção de sentidos 'em um arranjo, no qual o imaginário tem um papel central, o que é o mesmo que dizer que há autonomia dentro do contexto sócio-histórico'. (FUSCALDI, 2004)

Nesse contexto, pode-se dizer então que cada sociedade ou grupo social organizam-se diferentemente de acordo com as próprias significações. Em tempos ou instâncias diferentes, uma dada significação torna-se central. Para Castoriadis (1982):

O que está em questão é a emergência de uma significação central que reorganiza, determina, reforma uma quantidade de significações sociais já disponíveis, altera-as através disso, condiciona a constituição de outras significações, e provoca lateralmente efeitos análogos na quase totalidade das significações sociais do sistema considerado. E, é claro, tudo isso absolutamente não diz respeito de significações desencarnadas; isso vai junto com, e é impossível sem, transformações das atividades e dos valores da sociedade considerada, bem como transformações efetivas dos indivíduos e dos objetos sociais sem que possa haver jamais uma prioridade lógica ou real de um desses aspectos sobre os outros. (CASTORIADIS, 1982: 408)

Dessa forma, reconhecendo o homem como um ser que busca incessantemente um sentido e, para 'satisfazer essa necessidade de sentido, cria o sentido', percebe-se a relevância da compreensão do conceito de imaginário como fundamento para a realização desta pesquisa.

Logo, nesta dissertação pretende-se compreender quais as representações imaginárias que os médicos de família possuem acerca de sua prática profissional, através da análise de seus discursos sobre o assunto. Inquirir se tais representações imaginárias distinguem-se completamente do que se tem produzido teoricamente acerca desse tema. Ou, ainda, observar de que forma essas representações influenciam em suas práticas assistenciais e como tem sido suas vivências enquanto médicos.

Para Castoriadis (1982), as representações são o material essencial do inconsciente e não podem ser consideradas separadamente do afeto e da intenção. Para o autor, as representações escapam aos esquemas lógicos mais elementares e não se submetem a nenhuma exigência de determinidades. (CASTORIADIS, 1982, p.317).

Castoriadis defende ainda que as representações só podem se formar na e pela psique, tendo esta última um poder criativo constitutivo. Para ele, a psique é a emergência de representações acompanhadas de um afeto e inseridas num processo intencional. Ele chega a postular que a psique é a capacidade de fazer surgir uma 'primeira' representação, como uma espécie de 'colocação em imagem'. (CASTORIADIS, 1982:324)

Ainda sobre a psiquê, descreve que:

A psique é certamente 'receptividade de impressões', (...) mas ela é também (...) emergência da representação, enquanto modo de ser irredutível e único e organizado de alguma coisa em e por sua figuração, sua 'colocação em imagem'. A psiquê é (...) imaginação radical que faz surgir já uma 'primeira' representação a partir de um nada de representação, isto é, a partir de nada. (CASTORIADIS, 1982:325)

Sendo assim, pode-se dizer que não pode haver vida psíquica se a psique não for a capacidade originária de fazer surgir representações. Mais ainda, de fazer surgir no início uma primeira representação que, de certa maneira, deve contar em si a possibilidade de organização de toda representação.

Para Castoriadis, a realidade psíquica é feita essencialmente dessas representações. Nada pode existir para a psique que não seja sob a forma de uma representação. (CASTORIADIS, 1982, p.334)

Geralmente, todas as representações ‘separadas’ formam-se a partir de uma relação com um número infinito de representações arcaicas que eram, para a psique, o mundo do qual o longo trabalho da formação do indivíduo as separou.

Ele completa ainda sobre as representações, que as mesmas não possuem fronteiras, não funcionam sob a égide de uma regra determinada e formulável. Castoriadis postula que o que não se encontra numa representação ‘pode talvez nela se encontrar, e pra isso não há nenhum limite’. O que a representação nos daria, segundo ele, seria a uma ‘multiplicidade inconsistente’. As representações seriam um tipo de ser que não somente é ao mesmo tempo um e vários, mas para o qual estas determinações não são nem decisivas nem indiferentes.

Sobre isso, o autor relata:

Nada é assim na representação: aqui o obrigatório é trivial e vazio e o impossível quase não existe. A ‘relação’, constantemente alterada no desenvolvimento efetivo daquilo de que se trata, pode aproximar quaisquer ‘termos’, bem como mantê-los indefinidamente separados. De maneira que as proximidades, e, para utilizar uma metáfora topológica, quase todo ponto está, ao mesmo tempo, arbitrariamente perto e arbitrariamente longe de quase todo outro ponto. (CASTORIADIS, 1982, p320)

O sentido de representação é o de que em nossa relação com o mundo formamos imagens, construímos um mundo imaginário, que não quer dizer fictício, preche de representações ou significações imaginárias acompanhadas de um vetor efetivo e outro intencional.

A partir da descrição teórica em que esta pesquisa se baseia, bem como do detalhamento de seu objetivo, entende-se então que essa investigação científica possa conferir qualidade à formação profissional e à organização e produção de serviços de saúde, demonstrando, com isso, sua relevância científica. Nota-se que conhecer as representações que esses profissionais ligados aos PSF possuem acerca desta temática faz-se importante, uma vez que estes têm poder de influência no processo de implementação (ou não) das políticas de saúde e, conseqüentemente, na mudança do modelo de atenção. (GIL, 2006, p.1173)

Este estudo, consciente de sua limitação, aspira contribuir para o processo em curso de transformação da assistência em saúde no Brasil, primando pela atenção à saúde da população brasileira. Sua realização contribuirá também para a efetivação de futuras pesquisas sobre o tema e seus resultados poderão fornecer informações importantes que permitam auxiliar estes profissionais na implementação de melhorias e avaliações de suas práticas assistenciais, beneficiando também aos usuários atendidos pelo PSF.

5. OBJETIVO

Esta dissertação busca investigar as representações imaginárias predominantes nos discursos dos médicos de família que atuam no Programa de Saúde da Família do Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS) acerca de sua prática profissional.

Possui como objetivos específicos compreender as representações imaginárias dos sujeitos acerca de sua forma de prática profissional; e indagar de que formas essas representações relacionam-se com as práticas assistenciais, investigando o caráter sócio-histórico dessa concepção.

6. MÉTODO DA PESQUISA

*Da mesma forma como as notas do piano se oferecem a
qualquer um, sem que isto nos torne compositores;
Da mesma forma como as palavras se oferecem a todos nós,
sem que isto nos torne poetas;
Da mesma forma como as tintas se oferecem a quem quer que
as deseje, sem que isto os tornes pintores.
Falta uma capacidade criadora, um poder de síntese e
organização, uma imaginação que traz à existência coisas que
não existiriam, um poder para pular e saltar...
Também na ciência: os dados, sem a centelha que lhes dá
arquitetura e os coloca em movimento, são inertes, mortos,
mudos...*

(ALVES, 1996: 129 In TURATO, 2003: 245)

Esta dissertação, de natureza metodológica qualitativa, focalizará as representações imaginárias sociais presentes nos discursos nos médicos de família do PSF como objeto de estudo.

Para analisar-se a metodologia, faz-se necessário primeiramente compreender o significado do termo método, bem como sua diferenciação com o que muitos autores descrevem como metodologia.

Poderíamos iniciar descrevendo o que se compreende por método. Segundo Egberto Turato (2003), a palavra método:

[...] deriva do latim *methodus*, e do grego, *methodos*, onde *meta* é um conhecido prefixo com significado de 'através de' e *hodos* é 'caminho, estrada', significando assim, etimologicamente, um caminho através do qual se procura chegar a algo ou um modo de fazer algo. (WEBSTER, 1997: CD-Rom in TURATO, 2003, p. 149).

Este mesmo autor faz uma consideração acerca do método científico, descrevendo-o como um modo pelo qual os pesquisadores constroem os seus conhecimentos no campo da ciência.

Ainda de acordo com Turato (2003), outro conceito possível de método poderia ser descrito de forma resumida como um conjunto de regras elencadas num determinado contexto para que se obtenha dados que auxiliem o pesquisador nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo (coisas da natureza ou pessoas / sociedade). (TURATO, 2003, p. 153)

Já a conceituação do termo metodologia encontra-se presente também da obra de Turato (2003), que a descreve como uma disciplina que se ocupa de estudar e ordenar os muitos métodos existentes. Possui obviamente origens históricas, embasamentos paradigmáticos, características estruturais e especificidades próprias. (TURATO, 2003, p. 153)

Elencando paralelamente metodologia e método, pode-se assim dizer que metodologia é a *doutrina filosófica que estuda as técnicas de pesquisa próprias de um determinado campo do saber* (Zingarelli, 1998: CD-Rom), enquanto o método refere-se ao próprio caminho a se viabilizar a través de tantas técnicas possíveis existentes. (TURATO, 2003, p. 153)

Já Minayo (1993), entende por metodologia o caminho e o instrumental próprios de uma abordagem da realidade. Assim, essa autora considera que:

A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. (...) Dessa forma, a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. (MINAYO, 1993, p 22)

De acordo com o já descrito no início deste capítulo, optou-se nessa pesquisa por uma metodologia de natureza qualitativa. Dessa forma, para que se inicie uma compreensão acerca deste tipo de metodologia, faz-se importante analisar o termo *qualidade*. Para Turato (2003) *fala-nos da determinação qualquer de um objeto*. (TURATO, 2003, p. 175)

Este autor explica que a palavra qualidade advém do latim *qualitate(m)*, de *qualis*, que quer dizer ‘qual’. Fazendo um paralelo com o termo quantidade, ele explica que o primeiro termo nos indica a questão ‘qual tipo’, enquanto o termo quantidade, vindo também do latim, de *quantitate(m)*, advém de *quantus*, isto é, ‘quanto’.

Existem diversas designações possíveis para metodologia qualitativa. Existem também muitos autores que estudam essa temática dentro de uma enorme possibilidade de contextos. Nesta pesquisa, especificamente, optou-se pela definição dada por alguns autores, iniciando por uma definição genérica de Turato (2003), que afirma que a *pesquisa qualitativa caracteriza-se por ser multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto*. Isto significa dizer que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos estudados em termos das significações que os sujeitos trazem para eles. (DENZIN & LINCOLN, 1994:2 in TURATO, 2003, p. 175).

Assim sendo, nas pesquisas de cunho qualitativo, o foco do pesquisador são as significações que as coisas adquirem, ou melhor, as significações que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito.

Dessa forma, outro autor também citado por Turato (2003), descreve que tais pesquisas de cunho qualitativo têm como objetivo melhorar a compreensão do comportamento e da experiência humanos. Tais pesquisas procuram *entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados*. Para isso, normalmente se utilizam de observação empírica, porque é com os eventos concretos do comportamento humanos que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana. Define ainda que os métodos qualitativos são *indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo*, usados sempre para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a *settings*. (BOGDAN & BIKLEN, 1998:38 in TURATO, 2003. p. 192-3).

Outra conceituação possível de método qualitativo seria a de que tal método consiste numa sucessão de operações e de manipulações técnicas e intelectuais a que um pesquisador submete um objeto ou um fenômeno humano para extrair as significações válidas para si próprio e para os outros homens. (MUCCHEIELLI, 1999:255 in TURATO, 2003, p.192)

Já no campo da saúde coletiva, Minayo (1993) descreve que as metodologias qualitativas podem ser entendidas como:

(...) aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1993, p.10)

Observa-se, então, que nas diversas conceituações existentes acerca das metodologias qualitativas, existe sempre a presença dos termos sentidos e significações. Para os pesquisadores qualitativistas, captar os sentidos e as significações dos fenômenos é o cerne de seus estudos. Segundo Turato (2003), *procurar capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como dar as interpretações*, são os maiores objetivos de tais pesquisas. (TURATO, 2003, p. 246)

A partir da escolha dessa metodologia, faz-se importante ressaltar que a mesma não visa à quantificação dos dados, e sim a análise e significação dos discursos dos sujeitos dela participantes.

A esse respeito, Goldenberg (2004) explica que, na pesquisa qualitativa, a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória etc. (GOLDENBERG, 2004, p.14)

Segundo Nogueira-Martins (2001), esse modelo metodológico trabalha de forma diferenciada do modelo quantitativo. A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando bem mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados, “geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada”. (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 47).

Com a escolha desta metodologia, objetiva-se coletar dados mais ricos em “descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências”, já que, como o descrito acima, o “método de análise na pesquisa qualitativa busca a compreensão e o significado dos fenômenos pesquisados”, demonstrando assim a relação entre a metodologia adotada e os objetivos da pesquisa.

Já Nicolaci-da-Costa (2006), ao referir-se à metodologia qualitativa, destaca um ponto relevante: o papel da linguagem. A autora descreve que:

[...] ao internalizarmos uma língua nos contextos em que ela é naturalmente usada, internalizamos todo o conjunto de conceitos, regras, valores, etc. que caracterizam uma determinada sociedade ou grupo social em um determinado período. Esse processo de internalização, por seu turno, nos constitui como sujeitos individuais. Segue-se que, uma vez que o discurso nos constrói e reconstrói como sujeitos em conformidade com os valores sociais dos grupos aos quais pertencemos ao longo da vida (Foucault, 1966; Bernstein, 1977; Nicolaci-da-Costa, 1987), o discurso também pode revelar os valores a partir dos quais se dão essa construção e reconstrução. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006).

Ainda a respeito da importância da linguagem neste tipo de pesquisa, faz-se importante citar mais uma vez as concepções de Castoriadis acerca desse tema, quando nos preceitua que a ‘história só existe na e pela ‘linguagem’ (toda a espécie de linguagem), mas essa linguagem, ela se dá, ela constitui ela transforma.’ (CASTORIADIS, 1982, p.168)

Nesta pesquisa, optou-se pelo método qualitativo, considerando o pressuposto de que a forma de percebermos o mundo, bem como os modos de pensarmos, agirmos e sentirmos são socialmente construídos, principalmente por meio da língua em uso, estando, portanto, referidos a um contexto social específico.

No caso da presente pesquisa, refere-se ao Programa de Saúde da Família do município de Belém, mais especificamente no Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS), no estado do Pará. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006).

6.1. CAMPO DE PESQUISA

6.1.1. O que é o Campo de Pesquisa?

O *campo* de uma pesquisa pode ser entendido como o ambiente natural, o local certo para que a coleta dos dados ocorra. Nele encontram-se as informações das quais o pesquisador necessita. Essa configuração ambiental engloba e preserva as incontáveis características e relações da pessoa, alvo de nossos estudos. (TURATO, 2003, p. 250)

De acordo com Turato (2003), o campo da pesquisa é o espaço físico onde o pesquisador julga serem encontradas as pessoas que poderão falar com autoridade sobre o tema definido em sua pesquisa e onde o mesmo poderá inter-relacionar-se com elas. (TURATO, 2003, p. 322)

Dessa forma, esse autor define que o campo pode ser, por exemplo, qualquer serviço de saúde onde o pesquisador tem o sujeito em seu *setting* natural, isto é, onde este (sejam pacientes, profissionais de saúde ou familiares) encontram-se rotineiramente exercendo papéis definidos na instituição.

Nesta dissertação, o campo da pesquisa caracteriza-se por serviços de saúde (unidades de saúde da família), em que os sujeitos pesquisados atuam como membros das equipes de saúde da família, no distrito administrativo de Mosqueiro.

6.1.2. Qual é o Campo desta Pesquisa?

A etapa da pesquisa de campo foi desenvolvida nas Casas Família do município de Belém, mais especificamente as do Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS), no estado do Pará. Esta escolha se deu por diversos motivos, todos descritos a seguir.

Primeiramente foi considerado o fato de que o quadro de funcionários desse distrito estava quase completo, segundo dados da própria Secretaria Municipal de Saúde de Belém, o que facilitaria o acesso do pesquisador a um maior número de sujeitos a serem pesquisados.

As unidades de saúde da família do DAMOS teriam também uma boa estrutura de atendimento e funcionamento, o que influenciariam na realização da pesquisa devido à relação com a prática profissional que ela se objetivou compreender.

Outro dado levado em consideração foi o fato de que as casas famílias utilizadas como campo de pesquisa localizam-se em áreas de zona rural, apesar de se constituírem como distrito administrativo de uma capital. Ou seja, possuem a qualidade de estrutura físico-administrativa de uma unidade de saúde de uma capital, porém com as características regionais e populacionais de uma área de zona rural, o que tornaria a pesquisa mais rica e complexa em dados a serem analisados.

Considerou-se ainda o fato de que neste distrito existiam pessoas de referência que serviriam como ‘informantes’ para o pesquisador, facilitando assim o acesso do mesmo aos sujeitos, bem como aos locais e serem visitados. Tal pessoa, além de já ter coordenado o programa na Secretaria Municipal de Saúde de Belém (o que lhe garantia bom conhecimento teórico acerca do PSF), fez parte também de algumas equipes de saúde do local, conhecendo bem todos os funcionários do DAMOS.

Sobre a utilização de uma pessoa de referência, como um ‘informante’, Turato (2003) nos diz ser importante procurar o estabelecimento de um bom fluxo de relações com pessoas habituais do local. Exemplifica ainda que, no caso de um serviço de saúde, essa pessoa de referência pode ser um membro da equipe de saúde, ou alguém do pessoal técnico e até mesmo os pacientes. (TURATO, 2003, p. 326)

Atualmente, no DAMOS existem 06 (seis) Unidades de Saúde da Família (USF) - (ou Casas Famílias, como também são chamadas). Dentre elas, três possuem mais de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) atuando, resultando em um total de 09 (nove) ESF trabalhando no distrito, sendo elas:

- 01 - Unidade de Saúde da Família *Furo das Marinhas* – 1 ESF;
- 02 - Unidade de Saúde da Família *Sucurijugua* – 1 ESF;
- 03 - Unidade de Saúde da Família *Baia do Sol* – 1 ESF;
- 04 - Unidade de Saúde da Família *Aeroporto* – 2 ESF;
- 05 - Unidade de Saúde da Família *Maracajá* – 2 ESF;
- 06 - Unidade de Saúde da Família *Carananduba* – 2 ESF.

Abaixo, observa-se o mapa do Distrito Administrativo do Mosqueiro (Damos), localizando todas as Unidades de Saúde da Família:



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belém – SESMA.

6.1.3. Caracterização do Campo de Pesquisa

Mosqueiro é uma [ilha fluvial](#) localizada na costa oriental do [rio Pará](#), distanciada 80Km da cidade de Belém, em frente à [baía do Guajará](#). Possui uma área de aproximadamente 212km², com cerca de 17km de praias de água doce com movimento de [maré](#).

Abaixo, segue um mapa que descreve a malha rodoviária da região metropolitana de Belém e como se dá o acesso terrestre até a ilha de Mosqueiro.



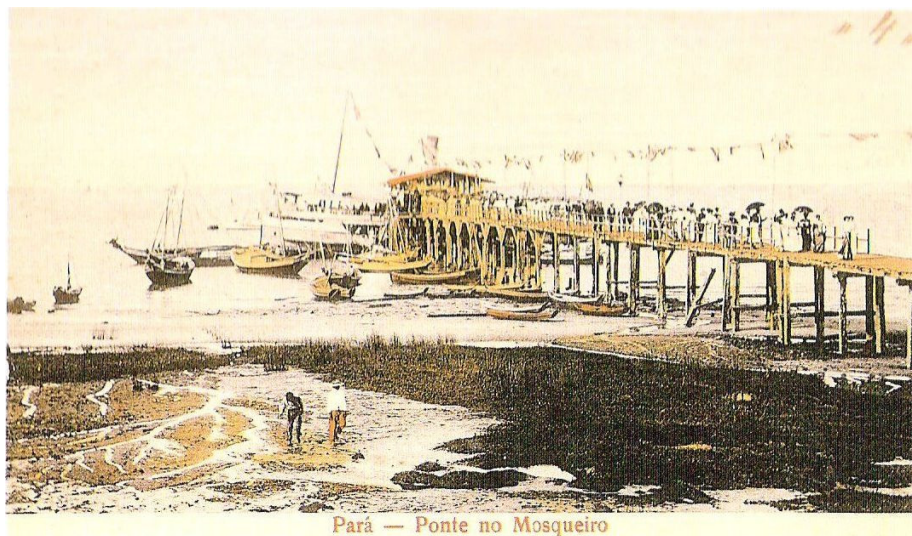
Fonte: www.mosqueiro.com.br/mapas.

A colonização dessa ilha se deu por portugueses, que ao chegarem ao local, encontraram os índios Tupinambás, fugidos do Nordeste após as invasões estrangeiras no litoral brasileiro. Esses índios conservavam seus alimentos através de uma prática denominada "moqueio", de onde posteriormente originou-se o nome do local: Mosqueiro.

Durante o período áureo da economia da borracha, formou-se nessa região uma burguesia urbana que direcionou seus investimentos para a compra de sítios e para a construção de casas de campo na ilha. Dessa forma, junto com Belém, Mosqueiro passou a conviver com a riqueza e o luxo característicos desse período e a usufruir as benesses trazidas pelo acelerado desenvolvimento registrado na capital. Mosqueiro rapidamente transformou-se em um refúgio nos finais de semana, feriados e períodos de férias da população belenense.

Na década de 70 ocorreu a abertura da rodovia que liga a capital Belém à ilha. A partir de então, se inicia uma segunda fase de ocupação do local. Com o advento dessa rodovia veio também a travessia de balsas que se dava através do Furo das Marinhas, região próxima ao local onde atualmente é situada uma das Unidades de Saúde da Família pesquisadas nesse trabalho.

Abaixo, observa-se um cartão postal de época, com a imagem da antiga travessia de barco para a ilha:



Fonte: Belém da Saudade. Secult. 1998.

Porém, a ligação definitiva com o continente só foi feita através da construção de uma ponte erguida sobre esse Furo, inaugurada no ano de 1976. A ponte encurtou a distância e deixou Mosqueiro muito mais acessível à população belenense. No entanto, com o aumento do fluxo de veranistas e turistas, acelerou-se também a especulação imobiliária e a degradação do meio ambiente.

A ilha do Mosqueiro, um dos Distritos Administrativos do Município de Belém, sempre teve um papel muito importante no contexto da região metropolitana, como espaço de lazer, desde o início do século XX. Dessa forma, o turismo e o comércio constituíram-se como os principais geradores de renda para a população da Ilha, em detrimento da atividade pesqueira.

Apesar de Mosqueiro fazer parte do município de Belém, como um de seus Distritos Administrativos, a ilha possui características típicas de uma cidade do interior, apesar de sua estrutura turística. A população local é basicamente de baixa renda e lhes falta infra-estrutura econômico-social.

O mapa abaixo demonstra como se encontra atualmente o povoamento da ilha. As áreas destacadas em vermelho na imagem mostram os locais com maior concentração de pessoas. Dessa forma, pode-se perceber que em Mosqueiro, a parte mais populosa está a oeste da ilha. Isso se deve ao processo de colonização, como já foi descrito anteriormente.



Fonte: <http://www.mosqueiro.com.br/mapas/index.htm>.

Para entendermos como essa ilha é formada é preciso que se saiba que apesar da existência de suas praias, existem redutos em seu interior com importante fauna e flora, exemplares típicos da Amazônia. (CARDOSO, 2000 In TAVARES, 2006).

A população que reside no interior da ilha, alocadas nas áreas mais periféricas, em regiões mais afastadas do centro da cidade, possui pouca infra-estrutura.

No mapa abaixo, pode-se observar a distribuição da malha urbana da ilha do Mosqueiro. Percebe-se facilmente nesta imagem que a maior área urbana localiza-se entre a praia do Bispo, na Vila e a estrada que a liga ao continente.



Fonte: <http://www.mosqueiro.com.br/mapas/index.htm>.

Algumas dessas regiões serão citadas e descritas nesta pesquisa, já que nas mesmas existem Unidades de Saúde da Família e constituem-se como área de trabalho dos médicos de família pesquisados, tais como Furo das Marinhas, Sucurijuquara e Baía do Sol.

6.1.4. As Unidades de Saúde da Família: Principais características.

A Unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Caracteriza-se como porta de entrada do sistema de saúde local. (BRASIL, 1997)

A Unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Neste caso, trata-se do Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS), que possui sua área dividida em sub-áreas, estando cada uma delas sob a responsabilidade de uma Casa Família.

Os seis médicos de família entrevistados nesta pesquisa estão vinculados às 06 (seis) Unidades de Saúde da Família do Distrito Administrativo do Mosqueiro. Cada uma delas

possui características próprias, tanto no que diz respeito a clientela atendida, quanto a área em que se localiza e o número de profissionais que atuam.

O DAMOS possui cerca de 9.020 famílias cadastradas no PSF, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém (SESMA) até o ano de 2007. Essa população reside principalmente em casas de tijolo, constando apenas 31% de residências de madeira na ilha. Pelo menos metade da população cadastrada não possui tratamento de água no domicílio (43%), apesar de muitos possuírem o abastecimento de água pela rede pública (46,76%) e por poço ou nascente (52%).

No que diz respeito ao destino das fezes/urina, somente 2% do total da população local possui sistema de esgoto, sendo que 87% dispõem de fossa em domicílio e 10% depositam seus detritos a céu aberto.

Já no que tange ao destino do lixo, 79% da área possui coleta pública de lixo, sendo cerca de 15% sendo queimado ou enterrado pelos moradores.

Tais dados servem para caracterizar o campo da pesquisa e conhecer a forma como vive a população e aonde atuam os sujeitos entrevistados nessa pesquisa.

Abaixo, segue uma breve descrição das peculiaridades de cada casa família:

- Unidade de Saúde da Família *Furo das Marinhas*

Nesta Casa Família atua apenas (01) uma Equipe de Saúde da Família, composta atualmente por 01 (um) médico de família, 03 (três) ACS (Agentes Comunitários de Saúde), 01 (um) técnico de enfermagem, 01 (um) ASG (Agente de Serviços Gerais) e 03 (três) ADM (Agentes de Administração).

Possui uma área de abrangência bastante extensa, dividida em 03 (três) micro-áreas, porém com pouca densidade populacional, como normalmente são caracterizadas das áreas de zona rural.

Esta casa localiza-se em uma região considerada como zona rural, abrangendo uma área tanto fluvial, como terrestre. Ou seja, sua área adstrita abarca também uma grande parte da região de ilhas próximas a Mosqueiro, dando suporte a população ribeirinha desses locais.

Nesses casos, para realizar uma visita domiciliar, por exemplo, o médico de família tem que deslocar-se por longas distâncias (inclusive por meio fluvial) para chegar até uma residência, já que algumas famílias residem isoladas das comunidades maiores.

Na área de abrangência que compreende essa Casa Família, o número de famílias cadastradas é bem inferior ao das outras Casas, apesar da área de abrangência ser muito grande. Nela existem apenas 306 famílias cadastradas, onde metade reside em casas de madeira (49,35%) e a maioria não possui tratamento de água no domicílio (77,12%), tendo seu abastecimento feito por poço ou nascente.

Na maioria das vezes, a população utiliza a queimada como forma de destino para o lixo (70%), utilizando as fossas como o destino principal para as fezes e urina (73,86).

Percebe-se que, nessa área, as condições de vida são mais precárias e a infra-estrutura é incipiente.

Veja abaixo a foto da Unidade de Saúde da Família do Furo das Marinhas:



- Unidade de Saúde da Família *Sucurijuquara*

Esta casa família possui também somente 01 (uma) Equipe de Saúde da Família, composta por 01 (um) médico de família, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) nutricionista e 01 (uma) vaga para odontólogo, que até o momento da pesquisa de campo ainda não estava preenchida.

Esta unidade localiza-se em uma área dita quilombola, também na zona rural de Mosqueiro. Porém, alguns técnicos do local informaram que a comunidade não aceitaria com facilidade a condição de quilombola e chegando inclusive a negar esse status.

Nessa Casa Família existem cerca de 572 famílias cadastradas no PSF, sob a responsabilidade da equipe de saúde da família, sendo assim a segunda menor população cadastrada no DAMOS, só perdendo em número de famílias para a Casa Família Furo das Marinhas, acima descrita.

Faz-se importante destacar que ambas as áreas adstritas são bastante afastadas do centro de Mosqueiro e possuem pouca densidade populacional, apenas com grande extensão territorial, o que significa dizer que a equipe de saúde necessita percorrer longas distâncias para chegar até as famílias que residem em lugares mais afastados.

Nessa área, o abastecimento de água se dá, em grande parte, através da utilização de poços ou nascentes (97,73%), já que somente 0,52% das casas possuem rede pública de fornecimento de água.

A maioria da população não possui tratamento de água em domicílio (59%), apesar de muitos residirem em casas de tijolo (57,34%), utilizando fossas como forma de destino para as fezes e urina (72,38%)

Abaixo, a foto da faixada da Casa-Família Sucurijuquara:



- Unidade de Saúde da Família *Baía do Sol*

Esta Unidade de Saúde da Família localiza-se na zona rural de Mosqueiro, funcionando no mesmo prédio de uma Unidade Municipal de Saúde (o que não é recomendado pelo Ministério da Saúde), apesar de ser uma construção grande, de dois pavimentos e muitas salas, inclusive com leitos de observação.

Da mesma forma que as Casas Famílias anteriormente citadas, esta também possui apenas 01 (uma) Equipe de Saúde da Família composta por 01 (um) médico de família, 01 (um) Enfermeiro e 06 (seis) ACS.

Abaixo, a foto ilustra a fachada da Unidade de Saúde da Família Baía do Sol:



- Unidade de Saúde da Família *Carananduba*

Diferente das outras casas-família, esta possui 02 (duas) Equipes de Saúde da Família em seu quadro funcional. Porém, até o momento da realização da pesquisa de campo, somente 01 (um) médico de família de uma equipe estava trabalhando no local.

Localiza-se em uma área de zona urbana, próxima à orla, no centro da cidade. Funciona atualmente em um prédio alugado, uma casa bastante ampla, inclusive com espaço para realização de atividades em grupo e consultórios individuais para atendimento médico e de enfermagem.



- Unidade de Saúde da Família *Maracajá*

Esta unidade está localizada também em área de zona urbana, no centro de Mosqueiro, próxima à Vila. É constituída por 02 (duas) equipes de saúde da família, compostas por 02 (dois) médicos de família, 01 (uma) enfermeira. Nessa unidade, as equipes não estão completas, faltando 06 (seis) ACS's e 01 (uma) enfermeira para completar o grupo, ficando dessa forma 05 (cinco) áreas descobertas devido à falta de pessoal contratado.

Localiza-se em uma das regiões mais populosas da ilha, próximo ao mercado municipal, ao cemitério e à igreja católica. Situa-se ainda ao lado de uma Unidade Municipal de Saúde, o que não é recomendado pelo Ministério da Saúde.

Apesar de localizar-se em uma área de zona urbana, também atende a população ribeirinha e sua área de abrangência inclui também a região das ilhas.

A construção é térrea, constituída por alguns consultórios para atendimento médico e de Enfermagem e uma sala de vacina.



- Unidade de Saúde da Família *Aeroporto*

Esta Casa Família é composta por 02 (duas) equipes de saúde da família. Porém, até o momento da realização da pesquisa de campo, não havia nenhum médico contratado trabalhando no local. A última médica que teve vínculo com a equipe de saúde, teria saído de férias e não mais retornado.

Segundo informações colhidas através dos técnicos da instituição, os médicos não permanecem muito tempo no programa de saúde da família devido aos baixos salários e à distância de Belém. Segundo informações de usuários, oito médicos já teriam passado pela unidade em um período de um ano, o que configura a alta rotatividade de profissionais no Programa de Saúde da Família, muito descrita na literatura.

Durante a realização da pesquisa de campo, a equipe de saúde da família era composta por 02 (dois) Enfermeiros, 12 (doze) ACS's, 02 (dois) Técnicos de Enfermagem, 02 (dois) Agentes Administrativos e 02 (dois) Agentes de serviços gerais. Faltam, na equipe, 02 (dois) médicos e 04 (quatro) ACS's.

Na área de abrangência dessa Casa Família, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde Municipal de Belém (2007), existe uma população de cerca de 3.076 famílias cadastradas e sob a responsabilidade de duas equipes de saúde da família.

O que chama atenção nesses dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) diz respeito ao tratamento de água no domicílio, que quase metade da população possui (44%).

Percebe-se, porém, através desses dados, que a área possui em sua maioria, boas condições de moradia, já que 62% possuem abastecimento de água fornecido pela rede pública, com 70% dos moradores locais residindo em casas de tijolo ou adobe, possuindo coleta de lixo realizada pelo sistema público (80%), possuindo ainda fornecimento de energia elétrica para 99% da população do bairro.



6.2. Participantes

A população alvo dessa pesquisa constituiu-se por médicos de família participantes das equipes do Programa de Saúde da Família que atuam nas Casas Família do município de Belém, no Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS). A escolha por essa amostra justificou-se pelo objetivo da pesquisa, onde os próprios profissionais definiram a forma como compreendem a sua prática profissional.

O tamanho da amostra foi de seis sujeitos entrevistados: 01 (um) para cada Equipe de Saúde da Família.

Segundo Nicolaci-da-Costa (2006), o emprego de amostras pequenas em pesquisas qualitativas é consensual. Logo, o número de participantes entrevistados nessa pesquisa não foi estipulado *a priori*, na medida em que o principal critério usado para determinar se as entrevistas realizadas foram suficientes para a investigação proposta foi o da saturação da informação. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006).

Esta autora esclarece ainda que:

Por saturação da informação entende-se o fenômeno que ocorre quando, após um certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir, de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006).

De acordo com Turato (2003), a amostragem por saturação ocorre quando o pesquisador fecha o grupo e, após as informações coletadas com um certo número de sujeitos, percebe que novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. (TURATO, 2003, p. 362)

Ainda a respeito do tamanho das amostras, Minayo (1993) declara que o número de pessoas a serem pesquisadas em uma pesquisa qualitativa é menos importante do que a *teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vistas e de observação*. Essa autora pontua ainda que na pesquisa qualitativa trata-se de considerar os sujeitos em número suficientes para permitir uma certa reincidência das informações. (MINAYO, 1993, p. 102-3)

Logo, nesta dissertação, a população entrevistada se caracterizou por médicos de família, de ambos os sexos, de faixa etária entre 30 e 60 anos de idade, que atuam no Programa de Saúde da Família, no município de Belém, mais especificamente no Distrito Administrativo do Mosqueiro, devendo assim ser membro constituinte de uma Equipe de Saúde da Família.

6.3. Recrutamento dos participantes

O recrutamento dos participantes se deu após contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Belém, solicitando autorização para a realização da pesquisa de campo. Uma Coordenadora Distrital do PSF serviu como ponte para se ter acesso até as Unidades de Saúde da Família do Mosqueiro e aos profissionais que nelas atuavam.

É importante destacar que a participação desses profissionais na pesquisa foi completamente voluntária, podendo os mesmos deixar de participar da mesma em qualquer momento do processo, sem que isso lhes causasse nenhum prejuízo.

Para tanto, todos os sujeitos entrevistados foram informados sobre a pesquisa, inclusive sobre o sigilo de suas identidades. Dessa forma, consentiram sua participação por escrito, explicitando que a mesma foi completamente voluntária, através do Termo de Consentimento Esclarecido

Observa-se ainda que a realização desta pesquisa ocorreu mediante autorização do Coordenador Distrital das Casas Família, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém e com consentimento esclarecido dos participantes.

A pesquisa foi realizada segundo os preceitos da declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, o que demonstra a responsabilidade do pesquisador e da instituição envolvida na realização da pesquisa.

6.4. Instrumento

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados nesta dissertação entrevistas semi-estruturadas, formuladas a partir de um roteiro mínimo a ser seguido pelo pesquisador, tendo em vista o tema do trabalho em questão.

Segundo Turato (2003), a entrevista é um instrumento preciso de conhecimento interpessoal, que facilita, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador. (TURATO, 2003, p. 308)

A opção pela entrevista, como instrumento de coleta dos dados, se deu devido à mesma permitir o acesso a dados de difícil obtenção unicamente por meio de observação direta ou de aplicação de questionários. Essa escolha se dá, na maioria das pesquisas qualitativas, devido a entrevista ser o instrumento de coleta de dados que mais se destina aos fins deste modelo metodológico.

A entrevista permite, também, ao entrevistador captar de forma imediata e corrente a “informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos”. Permite ao sujeito que entrevista fazer também correções, esclarecimentos e adaptações que tornam a entrevista mais eficaz na obtenção das informações desejadas. (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 50).

Já para Minayo (1993), a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação, na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador. (MINAYO, 1993, p.114)

Ainda para esta autora, a entrevista surge não como uma ‘coleta’, mas como uma ‘interação’, em que dados são produzidos na intersubjetividade entre o pesquisador e o sujeito pesquisado. Ou seja, seus pontos de vistas, os lugares que ocupam nas instituições em questão, as implicações decorrentes de suas falas e análises, etc, devem ser levados em consideração.

Minayo defende ainda que a verdade revelada não deve de forma alguma ser considerada como uma verdade absoluta, mas um sentido produzido em um contexto de interação, que pode e deve ser comparado, questionado, ampliado ou resumido por outras pesquisas, em um processo dialógico de produção de conhecimento.

Da mesma forma, deve-se levar em consideração que, em pesquisas qualitativas em geral, o entrevistador não é neutro, distante ou emocionalmente isento. Ele deve apresentar uma postura empática, com sensibilidade, humor e sinceridade. (TURATO, 2003. p. 310)

No que diz respeito ao instrumento utilizado pelo entrevistador nessas pesquisas qualitativas, optou-se pelo ‘roteiro de entrevista’, que serve como um guia orientador para o entrevistador atingir os objetivos propostos para cada pergunta. *As perguntas podem tanto ser modificadas como acrescidas de outras, dependendo do rumo das respostas do entrevistado.* (SIMIONI; LEFÈVRE; PEREIRA, 1997 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 53).

Neste trabalho, foi utilizada a gravação das entrevistas em áudio com o devido consentimento dos entrevistados. Esta escolha deveu-se ao fato de que “a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado”. (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 53).

Faz-se necessário enfatizar também que existiram certas precauções que foram tomadas durante a execução desta fase da pesquisa, quando se trata das entrevistas. Existiu, por exemplo, o respeito pelo entrevistado, até a perfeita garantia do sigilo e anonimato em relação ao colaborador.

Não só o sigilo fez-se necessário, mas, como já descrito anteriormente, o consentimento esclarecido dos sujeitos que participaram da pesquisa também foi levado em consideração. Em casos como este, pediu-se o consentimento também acerca da gravação da entrevista, que só foi realizada após prévia autorização por escrito com informação de todos os fatos envolvidos nela.

Faz-se importante informar também que os dados pessoais relatados pelos sujeitos no momento da entrevista não foram utilizados e se mantiveram em sigilo, de acordo com o relatado previamente, mesmo que essas informações tenham sido gravadas. Somente alguns trechos dos discursos dos entrevistados foram transcritos e citados literalmente na pesquisa, sempre obedecendo aos objetivos centrais desse estudo em questão.

6.5. Roteiro de entrevista

Alguns autores não titubeiam ao afirmar que a literatura é copiosa em considerar que as entrevistas semidirigidas, ou semi-estruturadas possuem o formato mais apropriado para ser utilizado como instrumento auxiliar nas pesquisas qualitativas.

Normalmente, a entrevista semi-estruturada é utilizada quando o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode prever as respostas dos sujeitos pesquisados. Dessa forma, ela se apresenta bastante útil, já que sua técnica garante que o pesquisador obtenha todas as informações requeridas (sem esquecer uma temática), enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante a liberdade para responder e ilustrar conceitos. (TURATO, 2003, p. 314)

Portanto, para que isso ocorresse nas entrevistas realizadas nessa dissertação, as mesmas tiveram uma aplicação flexível, a partir de um roteiro semi-estruturado, que segundo Nicolaci-da-Costa (2006) deve ser aplicado de forma flexível para respeitar o fluxo de associações do entrevistado. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006).

Dessa forma, a ordem dos itens do roteiro pôde ser alterada, já que, dependendo dos pronunciamentos dos entrevistados, alguns itens sequer necessitaram ser transformados em perguntas, porque foram por eles ser abordados espontaneamente.

Minayo (1993) define que o roteiro deve conter poucas questões, visando com isso apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa. Segundo ela ainda, o roteiro da entrevista:

(...) serve como instrumento para orientar uma 'conversa finalidade' que é a entrevista. Ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica e devem responder às seguintes condições: cada questão que se levanta faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores. (MINAYO, 1993, p 99)

Portanto, nunca se deve perder de vista que o roteiro de uma entrevista sempre é um guia para o pesquisador, nunca um obstáculo. Portanto ele não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo.

Nesta pesquisa, o roteiro norteador conteve os seguintes tópicos:

- **Trajatória individual** (História de vida; Estado civil; número de filhos; Escolha profissional; Formação profissional; Tempo de formados; Possui alguma especialidade ou deseja ter Projetos de vida).

- **Atividades desenvolvidas** (Tempo que trabalham no PSF; Atividades desenvolvidas no programa; Rotina da Unidade de Saúde da Família; Prática profissional; Relações interpessoais no trabalho; Trabalho em equipe;)

- **Concepções sobre PSF** (Conceitos básicos sobre o PSF; Concepções acerca da medicina de família; Relação teoria x prática)

- **Satisfações e dificuldades no trabalho**

6.6. Equipamentos

Na descrição do material da pesquisa, o uso do gravador/MP4 como equipamento de coleta dos dados se fez necessário para registrar o discurso dos sujeitos no momento das entrevistas, tendo o próprio pesquisador como entrevistador.

6.7. Análise dos dados

Nessa dissertação a análise dos dados se deu através da técnica da análise de conteúdo. Segundo Turato (2003), a análise de conteúdo é:

(...) a explicitação do sentido contido num documento e/ou o modo em que pode ser transformado com finalidade de oferecer um significado, tendo em conta palavras pré-escolhidas pelo locutor, freqüência de recorrência de certos termos, aparato e andamento do discurso". (TURATO, 2003, p. 440)

Este autor considera que a técnica da análise de conteúdo é talvez a mais usual abordagem analítica de dados em investigações com métodos qualitativos. Dessa forma, compara: *as técnicas de análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, assim como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas*. (TURATO, 2003, p.442-3)

O referido autor conceitua essa abordagem como uma técnica para selecionar e reorganizar o material transcrito segundo temas. Logo, nesta dissertação, primeiramente, após a realização das entrevistas individuais, as mesmas foram transcritas, não havendo nenhuma edição ou alteração nas falas dos sujeitos entrevistados.

A partir de então, a análise dos dados se deu através de análise do conteúdo dos participantes, em que os assuntos coincidentes existentes nos relatos de todos os sujeitos entrevistados foram agrupados em núcleos temáticos sempre relacionados com o objetivo da pesquisa, analisando os consensos e as diferenças a respeito de cada tema.

Turato (2003) explica esse que processo de categorização se dá baseado em alguns critérios, como o da repetição, já citado no trecho acima. Afirma que nesse caso ocorre uma repetição daquilo que cada um dos sujeitos tem em comum com os outros, pondo-se em destaque as colocações reincidentes, considerando todas as emergentes no discurso da pessoa. (TURATO, 2003, p. 446)

A metodologia qualitativa visa a análise das entrevistas através da associação das idéias dos próprios sujeitos entrevistados. Na análise do conteúdo, o próprio sujeito faz a relação entre as representações contidas em seu relato, através das ênfases percebidas em suas falas, onde cada valorização ou desvalorização dos acontecimentos da vida de cada um é organizada pela imaginação dele próprio.

Ainda de acordo com Nicolaci-da-Costa (2006), em uma amostra homogênea, como se propõe nessa pesquisa, tudo que seja fruto de construção social tende a ser recorrente. Por esse motivo, qualquer aspecto que seja julgado importante na análise das respostas dadas por cada um dos participantes (contradições, neologismos, novas construções gramaticais, etc.) deve gerar categorias cuja presença nas entrevistas dos demais entrevistados deve ser investigada. (NICOLACI-DA-COSTA, 2006).

6.8. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para Minayo (1993), os critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos de uma pesquisa podem muito bem subordinar-se ao privilégio dado àqueles que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer (MINAYO, 1993, p.102)

Ou seja, seguindo os objetivos estabelecidos nessa pesquisa, definiu-se uma preocupação com a homogeneidade da amostra, que pode se manifestar através do recrutamento dos participantes, o qual teve como critério de inclusão o pertencimento dos sujeitos ao Programa de Saúde da Família, ou seja, o vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde de Belém, Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS), sempre tomando como referência o interesse dos mesmos em participar de uma pesquisa nesses moldes.

6.9. Avaliação Risco Benefício

A referida pesquisa a ser desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Belém, no Distrito Administrativo do Mosqueiro, não acarretou riscos morais e materiais aos profissionais nela envolvidos, apesar da necessidade nela existente de contatos diretos e prolongados com os sujeitos a serem analisados, já que a mesma utilizou recursos éticos, como o

sigilo, para proteger os participantes nela envolvidos, tendo sempre como base a Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996, do CNS.

6.10. Descrevendo a Pesquisa de Campo

Os primeiros contatos com o Campo da Pesquisa foram feitos através da análise de documentos oficiais cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém, contendo a descrição das áreas adstritas das Casas Famílias, tais como: número de famílias cadastradas no programa, distribuição de água encanada, coleta de lixo, etc.

Posteriormente realizou-se uma primeira viagem até Mosqueiro, em companhia de uma funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, ex-coordenadora do PSF Mosqueiro. Sendo esta conhecedora da maioria dos funcionários vinculados ao programa no local.

Essa primeira viagem foi necessária para realização de um mapeamento da área, para se ter noção da localização de cada Casa Família, bem como para se conhecer os responsáveis por cada local a ser visitado. Todos esses dados foram catalogados pela pesquisadora. As Casas Famílias foram devidamente mapeadas e fotografadas, bem como seus endereços e telefones de contato foram anotados.

Nesse primeiro contato, a pesquisadora pôde ser apresentada aos funcionários das Casas, bem como pôde conhecer alguns médicos de família, sujeitos dessa pesquisa. Nesse momento, então, os funcionários do programa foram informados acerca da pesquisa a ser realizada, assim como do seu objetivo.

Faz-se importante ressaltar que o deslocamento para a realização de todas as visitas desta pesquisa de campo foi relativamente longo, já que o distrito do Mosqueiro é distante cerca de 80 km da cidade de Belém. Todas as viagens foram feitas sempre em veículo próprio, o que possibilitou a visita a várias Casas Famílias ao mesmo tempo em um mesmo dia, dando assim mais agilidade e liberdade à pesquisa de campo, apesar do ônus com combustível.

No total, foram realizadas 04 (quatro) visitas ao Mosqueiro, de longa duração (um dia inteiro), todas objetivando mapear a área, contatar novos sujeitos, bem como conhecer a realidade local e a rotina de trabalho do programa. Nesse sentido, foram também realizadas visitas domiciliares às comunidades, acompanhando o trabalho das equipes e saúde. Pôde-se, dessa

forma, conhecer melhor a área, a comunidade e a prática profissional dos médicos de famílias, objeto central desta pesquisa.

As entrevistas propriamente ditas só foram realizadas após as visitas aos locais de trabalho dos médicos e após um primeiro encontro com esses sujeitos, que recebiam referências da pesquisa por conhecidos seus. Ou seja, normalmente, um colega de trabalho, ou outro médico do programa, ou até mesmo uma coordenadora apresentavam a pesquisadora ao possível entrevistado, dando sempre uma referência positiva acerca da pesquisa.

Porém, somente esses encontros iniciais não foram suficientes para garantir a execução das entrevistas. Diversos contatos telefônicos foram feitos para os médicos de família, objetivando apazigar os locais e as datas para a realização das mesmas.

Vale ressaltar que houve uma importante resistência por parte de alguns sujeitos em aceitar participar da pesquisa. Apesar de não ter havido nenhuma recusa, algumas pessoas desmarcaram os encontros ou simplesmente faltaram aos mesmos, fazendo com que a entrevista tivesse que ser remarcada para que pudessem ocorrer.

Nesse sentido, um sujeito, ao ser contatado pessoalmente pela primeira vez, informou que gostaria que sua entrevista fosse dada com a presença de um membro do Sindicato dos Médicos e também médico de família do Distrito do Mosqueiro.

Porém, já no dia da entrevista em si, a pessoa foi informada que esse médico já teria sido o primeiro sujeito a ter dado entrevista e participado da pesquisa, sem com isso se sentir ameaçado. Tal fato fez com que a insegurança em falar sobre a prática profissional para um desconhecido diminuísse, principalmente sabendo da autorização do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) e tendo em mãos o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Devido à rotina de trabalho diversa dos médicos de família, os locais e horários escolhidos pelos mesmos para a realização das entrevistas foi bastante variado. Uma entrevista foi feita na Sede do Sindicato dos Médicos, em Belém no período na noite. Uma outra, ocorreu na Unidade Básica de Saúde de Benevides e as outras quatro aconteceram na própria residência dos médicos, em bairros diversos do município de Belém.

Portanto, devido a essa resistência inicial dos sujeitos em realizar as entrevistas, somada à distância que configura uma dificuldade de acesso à área do Mosqueiro, bem como aos horários de trabalhos diferentes de cada médico, a pesquisa de campo foi bastante longa. A duração desta foi mais longa do que a prevista no cronograma inicial — de outubro de 2007 a fevereiro de 2008 — incluindo desde a primeira viagem ao local, até a última entrevista realizada. Porém, apesar do extenso tempo de duração, a pesquisa de campo pôde se realizar

completamente, atingindo o número total de sujeitos entrevistados previstos no projeto de dissertação.

7. ANÁLISE DOS DADOS

Mais uma vez, faz-se importante lembrar que a análise dos dados se deu através de análise do conteúdo dos participantes, na qual os assuntos coincidentes existentes nos relatos de todos os sujeitos entrevistados foram agrupados em núcleos temáticos sempre relacionados com o objetivo da pesquisa, observando os consensos e as diferenças a respeito de cada tema.

Deve-se ater ao fato também que, considerando-se que não constitui objetivo desta pesquisa quantificar os fatores analisados em ordem de frequência, e sim, compreender as representações sobre os aspectos pesquisados. Dessa forma, optou-se então por não apresentar os núcleos temáticos através da ordem de frequência com que emergiram, mas sim, analisar cada um deles isoladamente, à luz do referencial teórico, objetivando com isso atingir as representações acerca da prática profissional dos médicos de família do PSF.

7.1. Trajetória Individual

Um dos tópicos do roteiro da entrevista tratava da Trajetória Individual dos sujeitos entrevistados. Dentro dessa temática, foram abordados assuntos que se relacionavam à história de vida dos entrevistados, tais como estado civil, se possuem filhos ou não e o número de filhos, com quem residem, como se deu a escolha profissional e a opção pela Medicina, bem como sobre a formação profissional desses sujeitos, quanto tempo possuíam de formados, e se possuíam alguma especialidade ou desejavam ter uma, bem como quais os projetos de vida de cada um dos sujeitos entrevistados.

No que diz respeito à história de vida dos entrevistados, tratando-se da trajetória individual de cada sujeito, perpassando pontos marcantes do passado de cada um e que os mesmos consideraram ter relação com a sua prática atual ou com sua escolha profissional.

Falar da trajetória individual dos mesmos faz-se importante porque de alguma forma, percebeu-se nos discursos dos médicos entrevistados que a sua história de vida influenciou na atuação profissional atual dentro do PSF, obviamente compreendendo os fatores individuais de cada curso de vida.

Dessa forma, através desses dados podemos ainda compreender como as representações acerca da prática profissional no PSF se configuram para esses médicos de família.

Já no que diz respeito ao perfil geral dos sujeitos entrevistados, podemos afirmar que dos seis médicos de família do Distrito Administrativo do Mosqueiro, a maioria é jovem, com idade entre 25 e 30 anos, divididos da seguinte maneira: 04 (quatro) médicos de família possuem entre 25 e 30 anos de idade, 01 (um) médico possui idade entre 31 e 40 anos e apenas 01 (um) possui entre 51 e 60 anos.

No que tange ao sexo, dentre os 06 (seis) entrevistados, metade da amostra constituiu-se de mulheres e metade, ou seja, 03 (três) de homens.

De acordo com o que é preconizado pelas diretrizes do PSF em âmbito Federal, os profissionais que atuam no programam devem necessariamente residir na área de abrangência em que trabalham. Porém, diversas pesquisas de abrangência nacional demonstram que essa realidade só se dá em municípios muito distantes do grande centro, o que obriga o profissional a se fixar no lugar aonde exerce a Medicina de Família.

Como em Mosqueiro, a proximidade da capital do estado possibilita o deslocamento diário para Belém, todos os médicos entrevistados e que na época da pesquisa de campo trabalhavam nesse local, residem fora da área de abrangência. Ou seja, todos residem no município de Belém e não no Distrito do Mosqueiro, corroborando com os dados de pesquisas já divulgadas, como a do livro de Machado (1997) intitulado 'Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade'.

A esse respeito, Machado (1997) defende que os médicos brasileiros estão cada vez mais vinculados a uma estrutura social com predominância urbana, tendo com isso comportamentos e aspirações compatíveis com essa realidade social. (MACHADO, 1997, p. 37)

Em relação ao estado civil dos entrevistados, 04 (quatro) estavam solteiros durante a realização da pesquisa de campo e 02 (dois) casados. Dentre os solteiros, 01 (um) estava noivo, apesar de já possuir um filho de uma relação anterior. Desses, a metade, ou seja, 03 (três) já possuíam filhos e 03 (três) ainda não possuíam filhos.

Eu sou noivo e moro com a minha companheira, mas tenho um filho com outra companheira. (Entrevistado 05)

Bem, sou solteira, moro com os meus pais. (Entrevistada 02)

Fazendo referência ao tempo de formados dos sujeitos entrevistados, sabe-se que, 02 (dois) possuíam entre 01 (um) e 02 (dois) anos de formados; 03 (três) médicos possuíam entre 03 (três) e 05 (cinco) anos de formados e apenas 01 (um) entrevistado tinha entre 06 (seis) e 10 (dez)

anos de formado. Ou seja, mais uma vez, percebe-se que a maioria dos médicos que atuam no PSF Mosqueiro são recém-egressos da graduação, corroborando com a informação do perfil nacional dos médicos de família. Abaixo, segue o relato dos sujeitos a esse respeito:

Entrei em 2001. Tenho 27 anos. (Entrevistada 02)

Medicina, eu fiz na UEPA. Estou formado há cinco anos. (Entrevistada 03)

Eu fiz UEPA. Eu tenho um ano de formada. (Entrevistada 04)

Eu fiz UEPA. Me formei em 2004. (Entrevistado 05)

Fiz Federal. Eu me formei em 80. (Entrevistado 06)

Poderíamos asseverar que os participantes dessa pesquisa estariam iniciando-se na vida profissional, pois apresentam, em sua maioria, entre dois e sete anos de formados. Essa fase seria caracterizada pela busca da inserção efetiva no mercado de trabalho e pela procura de especialização. A idade dos entrevistados (maioria jovem) sugere que o PSF vem se tornando, gradativamente, um meio importante de inserção no mercado de trabalho para profissionais em início de carreira. (RONZANI, p. 192, 2004)

Quanto à motivação dos entrevistados relacionada à escolha pelo curso de Medicina, a análise dos dados permite identificar que são vários os fatores determinantes, caracterizados por motivações conscientes e inconscientes, entre os quais se podem destacar a influência familiar, a identificação pessoal com o curso, a busca pela independência financeira e de status profissional e, ainda, o desejo de ajudar e de ser útil às pessoas. Aliados a esses aspectos, estão os fatores de natureza inconsciente. Faz-se importante ressaltar que esses fatores não se apresentaram de forma isolada nos discursos dos sujeitos entrevistados, conforme comprovam as expressões a seguir: (MOREIRA, 2006)

Sempre optei pela Medicina, desde a sétima série. (Entrevistado 05)

Antes de tentar a UEPA, eu cheguei a tentar Direito e passei. Sempre gostei muito de falar, de escrever. Mas eu sempre quis Medicina desde criança, mesmo eu gostando muito de escrever. Tanto que até ano passado ainda cheguei a escrever trabalho. Porque sempre gostei trabalhos, artigos. Não penso em mudar, apesar de que alguns momentos o estresse é tão grande que dá vontade de desistir. (Entrevistada 04)

A psicologia, através do processo de identificação descreve como a escolha profissional se dá. Nesse caso, esse mecanismo nem sempre se configura de forma completamente inconsciente, já que chega a ser citado por muitos dos entrevistados quando perguntados acerca dos motivos que o influenciaram em sua escolha profissional.

Esse processo identificatório com os professores e outros médicos, e até mesmo com os pais, pode ou não levar esse profissional a preservar os valores dessas figuras de referência.

Eu pensava em Medicina de Família desde sempre, porque sempre via meus pais que trabalham na área de saúde, que trabalham na FUNASA. Então praticamente eu cresci dentro de hospital, tanto que um dos médicos que eu acompanhei na graduação, me viu crescer. Porque sempre eu andava no hospital, mas não sabia como funcionava. (Entrevistada 04)

Falar sobre esse tema é delicado, porque eu to aqui na casa do meu pai e foi mais por influência dele que eu fiz Medicina... Eu nunca senti aquele 'tchan' de dizer: 'Puxa, eu quero ser médica!' Como ele direcionou a minha vida... Foi aquela coisa assim: 'Eu te esclareço, porque eu tenho mais experiência'. Ele é advogado. Tanto é que eu cresci vendo ele na prática jurídica. Aí, quando foi no 5º ano de Medicina, eu senti uma dúvida muito grande se realmente queria isso... Eu não sei se isso acontece com outros? Pensei se eu realmente conseguiria ser feliz na profissão. Se eu conseguiria ser uma boa profissional ou se aquilo ia me trazer felicidade, realização. E eu parei... Eu parei e voltei ao cursinho. Fiz seis meses de intensivo e passei em Direito. Quer dizer, fui recomeçar do zero. Só que, até então, eu estava com 24 anos, Na verdade, 23 para 24 anos. Aí eu percebi que se eu fosse começar tudo de novo, como estagiária de Direito... Digamos que eu não tive mais força. Aí foi mais fácil trancar o curso de Direito depois de um ano e voltar para me formar em Medicina. Aí claro depois eu achei emprego e fui me colocando no mercado. Mas hoje, tem muitas outras realizações que eu pretendo realizar na área, que eu pretendo fazer na área da Medicina. Tanto é que ele ainda me pergunta: 'E Direito?'. (Entrevistada 03)

Outra explicação dada pelos entrevistados como motivo pelo qual escolheu a Medicina como profissão foi o interesse pela Biologia. Alguns autores descrevem que essa é uma dimensão inconsciente importante definida através do desejo arcaico e reprimido de responder a questões angustiantes, de ver e saber sobre sexo ou como um desejo como uma *curiosidade inconsciente de conhecer o corpo da mãe*. (RAMOS-CERQUEIRA, 2002). No relato abaixo, surge um dado que ilustra esse fato:

Na verdade, eu não pensava em fazer Medicina. Pensava em ser Agrônoma, Engenheira Agrônoma. Tudo a ver, né? Aí os meus amigos ficavam fazendo brincadeiras, dizendo que eu só ia plantar alface, que eles iam passar e jogar lama na alface. Eles me encarnaram muito. Não sei se foi isso... Aí, de repente, me deu um estalo. Eu sempre gostei de biologia, corpo humano, essas coisas. Sempre tive curiosidade. Decidi fazer Medicina no segundo ano. (Entrevistada 02)

Sempre gostei de matérias ligadas a CB e acredito que possa ter sido isso. Bom, daí decidi fazer e fiz. Aí não passei de primeira, passei de terceira. Bati muito a cara na parede. Morria sempre na beira... (Entrevistada 02)

Da mesma forma como a curiosidade sobre o sexo aparece como fator inconsciente relevante para a escolha profissional do futuro médico, o *desejo de ver e saber sobre morte* também se apresenta. Essa negação da morte, como outros autores consideram, se exemplifica no fato de estes sujeitos optarem por *viver próximo de coisas que eles mais temem: a dor e a morte*. (Arruda, p.60, 1999).

Tanto o desejo de ver e saber sobre o sexo, quanto sobre a morte, transmitem um desejo de saber sobre os tabus que a profissão médica lhes permitirá transgredir. (RAMOS-CERQUEIRA, 2002)

De forma mais didática, Moreira (2006) descreve que as motivações da escolha profissional podem ser classificadas em três núcleos distintos, alguns já citados anteriormente:

Interesse humanitário, observado através do desejo de cuidar, de curar, de se dedicar, prazer por contatos; Interesse científico, descrito através das aptidões em biologia, ciências experimentais e humanas, bem como pelo interesse científico teórico; Posição socioeconômica, caracterizada pelo interesse pecuniário, pela posição social, pela busca de prestígio e desejo de segurança pessoal. (MOREIRA, 2006)

Porém, talvez a motivação inconsciente mais importante na escolha profissional do futuro médico seja a demanda de reparação. Vários autores que tratam da questão vocacional discutem acerca desse tema, porém o que mais consegue explicar de forma objetiva esse mecanismo é Botega (2002), quando diferencia essa dimensão em dois processos, que seriam: dar aos outros, aquilo que gostariam de ter dado, caracterizado por uma reparação da impotência e dar aos outros aquilo que gostariam de ter recebido, caracterizado pela reparação do abandono emocional. (BOTEGA, p. 137, 2002)

Desde pequena vivendo nesse ambiente, foi crescendo dentro de mim esse desejo de ajudar as pessoas porque eu via as pessoas gritando, chorando. Então eu pensei que dentro da minha profissão eu poderia dar um alívio aquelas pessoas. Eu sempre tive dentro de mim que eu não sou Deus e que tem coisas que eu não vou curar totalmente, mas que eu posso amenizar ou pelo menos tentar amenizar. Daí, dessa vontade, surgiu a vontade de fazer Medicina. (Entrevistada 04)

Ramos-Cerqueira (2002), explica o desejo de reparar também com origem na reparação da agressividade inconsciente, dirigida às figuras parentais durante as primeiras experiências de

individualização e reconhecimento; podendo também pretender reparar a própria ferida narcísica: as perdas, a incompletude, a inferioridade. (RAMOS-CERQUEIRA, 2002)

Eu tive um problema de saúde na infância. Eu tive “febre reumática”. Aí eu vivia em hospital desde os meus quatro ou cinco anos. Eu vivia internado ali nos Servidores do Estado. Eu internei várias vezes ali. Isso até os meus doze anos de idade mais ou menos. Eu acho que isso contribuiu muito pra eu querer fazer Medicina. Eu vendo o trabalho dos médicos. Aí eu, desde criança, falava: ‘vou ser médico’. Uns períodos assim: três meses, uns seis meses, que eu ficava internado. Aí, vendo esse trabalho, eu falava que queria ser médico. Acho que por conta disso aí. Só que aí depois eu mudei. Eu pensei em fazer Engenharia Elétrica, por conta de “Guerras nas Estrelas”. Aí até o meu último ano eu fiz Engenharia Elétrica no Colégio do Carmo. Mas quando eu fui fazer a inscrição do vestibular, me deu a doida aí eu lembrei de Medicina. Aí, no meu último ano, pra decidir mesmo, eu decidi: eu quero fazer Medicina. Voltou essa parte mesmo de infância. Aí eu fiz Medicina e passei. (Entrevistado 01)

Com relação à prática profissional do médico, *a reparação tem de ser feita tão concretamente, sobre seres humanos tão semelhantes aos objetos primitivos* desses indivíduos, que os deixam vulneráveis. (BOTEGA, p.110, 2002)

Isso foi despertando em mim um desejo de trabalhar na área de saúde, querendo ajudar os pacientes que chegavam. (Entrevistada 04)

Assim, para que o médico possa trabalhar adequadamente, *sem sobrecarga de tensão, onipotência ou culpa, necessita afastar-se dessa fantasia primitiva e elaborá-la*. Para tanto, precisa meramente conhecer e compreender esses mecanismos internos que influenciam consideravelmente em sua vida profissional. De acordo com Botega (2002):

Deverá adquirir maturidade e capacidade de aceitar as limitações impostas pela realidade, de não confundir demasiadamente, de forma tão concreta os enfermos com seus objetos primitivos, nem consigo mesmo, e de poder tolerar a frustração do fracasso, da incurabilidade e da morte do paciente. Se não se alcança isso, a profissão torna-se angustiante, torturante e deixa obcecado quem a exerce. (BOTEGA, p. 111, 2002).

Assim, o desejo de reparação seria caracterizado pelo desejo de ajudar, onde o ideal médico constitui-se na vontade de socorrer, no amor ao próximo e no espírito de sacrifício, ou pelo desejo de serem úteis e necessários às pessoas. (MOREIRA, 2006)

A partir das idéias acima expostas, percebe-se a importância do autoconhecimento, do funcionamento individual e dos mecanismos inconscientes envolvidos na escolha profissional pela área de saúde por um indivíduo. Somente quando se voltar para questões tão pessoais, compreendendo a si mesmo e aos motivos que o influenciaram a fazer essa escolha, poderá

desenvolver uma prática menos tensa e com menos conflitos internos que possam contribuir na sua relação com os seus clientes.

Nesse sentido, faz-se importante que estes entrevistados percebam as motivações conscientes e inconscientes que os levaram a optarem pela Medicina, e ainda que compreendam que essa escolha implica em viverem constantemente envolvidos com sofrimento, dor e morte, frustrações e limitações. E que no caso da Medicina de Família, mais especificamente, que a atuação no PSF é cercada de dificuldades, com contato direto com a carência econômica e social da população assistida, além dos problemas operacionais e estruturais do programa.

Em se tratando da formação profissional, mais especificamente a respeito de possuir ou não uma especialidade, pode-se dizer que somente 01 (um) entrevistado está cursando Residência em Médica em Medicina de Família e Comunidade; que apenas 01 (um) possui Especialização em Medicina do Trabalho e está cursando Acunputura; e os outros 04 (quatro) desejam fazer Residência Médica em outras especialidades, estando no PSF enquanto não conseguem ser aprovadas nos cursos de Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Geriatria e Dermatologia, dentre elas somente duas sendo caracterizadas como especialidades clínicas. Tal fato ilustra-se através das citações que seguem:

Eu quero fazer a Residência pra Clínica Médica e depois pra Geriatria.
(Entrevistada 04)

Esse ano ainda eu vou fazer Residência Médica para Dermatologia.
(Entrevistada 03)

A motivação pela qual os médicos buscam uma especialidade médica pode variar de acordo com sua história de vida, interesses pessoais e modelos identificatórios, desde a infância até os primeiros contatos com a Medicina. Nesses aspectos, muitos relatos podem ser utilizados como exemplo, tais como:

Desde o meu segundo ano de faculdade venho acompanhando pessoas nessa área, porque sempre me interessei por cirurgia. Já entrei na faculdade querendo ser médico cirurgião. Isso me atrai em diversos fatores, status, dinheiro... Não necessariamente nessa mesma ordem. A ação em si já me atrai. Você sai satisfeito de ver um serviço realizado. Penso ser um êxtase.
(Entrevistado 05)

Nessa fala, percebe-se como o entrevistado elenca todas as motivações que o levam a escolher pela Residência Médica em Cirurgia Geral. Cita desde o status que esta especialidade possui dentro da Medicina, até o retorno financeiro. Faz-se importante ressaltar que ambos esses fatores são bastante contrastantes com a prática do Médico de Família, já que a especialidade

pode ser considerada como a 'prima pobre' dentre as especialidades médicas, bem como do pouco status que esta prática confere e a baixa remuneração salarial que estes profissionais do PSF possuem.

Vários autores têm dado relevância à motivação existente no processo da seleção profissional, principalmente no que diz respeito por fatores socioculturais acerca do status da Medicina, que pode levar às implicações inerentes a uma escolha mal sucedida.

Mais uma vez a identificação surge nos relatos, dessa vez definindo a escolha pela especialidade médica. Nessa perspectiva, o "exemplo" do professor é fundamental para a formação da identidade profissional do aluno de graduação e para que este possa desenvolver uma postura que, na prática profissional, valorize a relação médico-paciente. (MOREIRA, 2006)

Durante toda a minha formação procurei seguir algumas pessoas que influenciaram diretamente no meu trabalho e na forma que eu quero ser. Então, não quero me tornar uma médica que só encaminha e que não olha. Então, espero que o estresse não me desgaste. Mas, pelos meus professores e pessoas que eu acompanhei durante toda a minha formação acadêmica, sempre me disseram isso: que a gente tinha que dar um tratamento diferenciado, examinando, tocando, olhando os pacientes. Que tínhamos que escutar muito e falar pouco acima de tudo. Na prática, fui ver que era só tocar no ombro da pessoa e perguntar como ela está pra melhorar muita coisa. (Entrevistada 04)

A relação professor-aluno mantém íntima afinidade com a relação médico-paciente, visto que o professor, além de atuar como um modelo para o aluno (processo de identificação) por intermédio de suas atitudes, gestos e comportamentos, deve ter em mente que tais processos se repetirão no relacionamento do futuro médico com seus pacientes. No âmbito educacional, existe uma relação definida entre atitudes e aprendizagem, sendo reconhecida a necessidade e a importância de o estudante incorporar atitudes positivas, ou construtivas, frente a aspectos relevantes da prática médica.

O contato dos alunos com "professores-modelo" tem grande importância para a aprendizagem, que é definida como o processo psicológico da aquisição de algo, visando a determinado desempenho. Os estudantes esperam professores que não apenas informem, mas que contribuam para a sua formação tanto pessoal quanto profissional, conforme observado nas falas de alguns entrevistados: (MOREIRA, 2006)

A disciplina que eu mais me identifiquei foi Otorrino, até por causa desse médico que tem na minha família, né? Na verdade, ele não é da família, mas nós gostamos muito dele. Sempre que nos encontrávamos, ele perguntava como ia a faculdade e mostrava as coisas dele. Dizia que, quando eu me formasse, ia ter vaga lá na clínica dele pra mim. Pra mim, aquilo foi um modelo, porque ele sempre tratou a gente muito bem. E pronto: percebi que

Otorrino é o que eu quero e o que eu gosto. To tentando até hoje. Ainda não deu pra passar, mas vou continuar. (Entrevistada 02)

Observa-se nesse ultimo relato, que uma das variáveis que influenciou a médica pela escolha de uma especialidade clínica foi o contato longitudinal com o paciente. Faz-se importe ressaltar ainda que a longitudinalidade é um dos princípios da atuação do Programa de Saúde da Família, acrescentando mais uma dentre as várias características eminentemente clínicas e relacionais que a prática profissional do médico de família impõe.

Além disso, nessas falas ainda percebe-se que modelo identificatório com um médico que parecia ser um médico da família da entrevistada e um médico de família a partir de sua atuação como profissional. Porém, a especialidade dele foi tida pela mesma como o ideal a ser seguido.

Ainda no que diz respeito aos modelos identificatórios, outro entrevistado diz:

Eu gostaria muito que os médicos de uma forma geral tivessem essa humanidade, mas isso é um pouco de formação, de berço e de pessoas que o circundam. Eu, pelo menos, tive acompanhada de pessoas maravilhosas. São Doutores do Barros Barreto, que me falavam como lidar com o ser humano, me incentivando a ir pesquisar e me mostrando coisas boas. É como um corte que eles tivessem feito em mim e que ficou cicatriz. Mas é uma boa cicatriz. (Entrevistada 04)

Ainda no que diz respeito à escolha pela especialidade, alguns profissionais têm interesse de seguir em uma prática que se assemelha a prática do PSF, ou seja, escolhendo por especialidades correlatas, envolvidas com a Clínica Médica, como Pediatria, Ginecologia Obstetrícia e Geriatria. Relatos a esse respeito podem ser facilmente visualizados nos trechos abaixo:

Também to estudando pra tentar a prova de residência final do ano. Tava pensando em fazer alguma especialização na área de Saúde da Família, paralelo ao que eu quero que é Geriatria. (Entrevistada 04)

Era pra eu ser uma cirurgiã, mas eu desisti. Primeiro pensei que gostaria de ter uma vida social e segundo não gostaria de ser uma pessoa fechada naquele mundo. Por isso, escolhi a área clínica, porque ali eu posso acompanhar toda a evolução de um paciente. Não é só aquele momento e nunca mais. (Entrevistada 04)

Em se tratando também da escolha profissional, pôde-se notar nos relatos dos sujeitos entrevistados o quanto que a trajetória individual pode interferir na escolha profissional e determinar a atuação atual e as pretensões futuras desses sujeitos.

Eu ia fazer Cirurgia Geral e depois acho que Gastro ou algo assim. Até o meu quarto ano de faculdade, eu acompanhei muito cirurgião. Depois resolvi mudar. Assistia cirurgia e tudo. Depois mudou todo o meu perfil de vida e hoje quero fazer Geriatria. (Entrevistada 04)

A Residência Médica atualmente se apresenta para o médico não somente como uma possibilidade de especialização profissional, mas principalmente como uma exigência de mercado, quase como uma necessidade que deve ser atendida. Dessa forma, como já foi descrito anteriormente, uma série de questões estão diretamente envolvidas tanto na escolha por possuir ou não uma especialidade, até por qual residência cursar. O papel da Residência Médica atualmente possui uma série de significados e implica em diversas variáveis, desde questões salariais, até de status, etc.

No meio médico, considera-se que algumas especialidades possuem mais status que outras, tanto pelo peso social, quanto pela remuneração normalmente utilizada no país. Normalmente, as especialidades clínicas são menos valorizadas e possuem menor remuneração, já que a prática profissional implica em poucos procedimentos e envolve-se menos com questões tecnológicas, dando enfoque maior na análise clínica e na relação médico paciente.

Além disso, os cursos de Especialização, freqüentemente utilizados em diversas áreas de atuação como forma de aperfeiçoamento profissional após a graduação, são pouco utilizados pela classe médica, já que os cursos de residência médica são o principal meio de obtenção de uma especialidade para estes profissionais. A esse respeito, alguns entrevistados chegaram a destacar:

Eu sei que na Medicina, a Especialização não vale muito na questão médica, porque o CRM não reconhece. Eu queria fazer a Residência. Quando abriu a Residência em Medicina de Família na UEPA, aí eu pensei: “Poxa, vou fazer a prova!” Aí passei e agora sou residente. (Entrevistado 01)

Além disso, no que diz respeito à especialidade Medicina de Família e Comunidade, por ser relativamente nova no país, a mesma ainda não é considerada pelos próprios médicos que atuam no Programa Saúde da Família como uma especialidade. Esse fato pôde ser observado tanto nessa pesquisa, quanto em pesquisas semelhantes, como nos trechos que se seguem:

Eu não considero a Medicina de Família como uma Especialidade. Até agora, aqui em Belém, ano passado, que começou na UEPA a Residência de PSF. Mas eles tiveram que ligar pra pessoas pra saber se queriam fazer a prova pra Residência. Tanto que muitos dos meus colegas falavam que jamais fariam residência em PSF, podendo fazer outra e ganhar muito mais do que um residente dessa área. Porque um residente de PSF ganha R\$

1.400 ou R\$ 1.500 e a gente ganha muito mais trabalhando no PSF sem ter a residência. Aí eles têm essa visão, que eu acho errada. A maioria não gosta de fazer visitas e também desejam se especializar. Eu, pra ser sincera, se tivesse conseguido, estaria me especializando e não aqui. (Entrevistada 02)

A esse respeito, Ronzani (2004) observa que *os próprios médicos não percebem ou valorizam a formação em Saúde da Família como uma especialidade médica*. Esse autor afirma ainda que essa desvalorização provém tanto do próprio meio médico, como da população em geral e aponta que em diversos estudos os médicos de PSF se colocam numa posição de menor status em relação a outros médicos. (RONZANI, p. 193, 2004)

Nesse sentido, faz-se interessante notar ainda que uma das entrevistadas ainda cursou a residência em Saúde da Família, mas abandonou o curso quando percebeu que ele não funcionava como pré-requisito para ingresso em outras sub-especialidades, como no caso da Clínica Médica. Dessa forma, percebe-se que o interesse por esse curso foi mais pela possibilidade de ingresso em outro curso posteriormente, do que propriamente devido à ligação com a Medicina de família e sua lógica assistencial.

Comecei fazendo residência em Medicina da Família e Comunidade, que é a residência em PSF. Eu não cheguei a concluir, mas eu comecei a fazer essa residência. Eu passei na prova em Fortaleza, porque eu tinha vontade de morar em outro estado, conhecer outras coisas. Lá, eu passei só 4 meses, porque como eu tinha desejo de fazer Dermatologia, eu vi que essa residência não dava pré-requisito para fazer Dermatologia, como a Clínica Médica dá. Porque na verdade, eu fui lá fazer sem saber direito o que era. Aí eu acabei deixando. Nesse momento, eu não sabia o que era o programa, quais eram as diretrizes... Fui meio 'de gaiata' mesmo. Só pra conhecer. (Entrevistada 03)

A respeito do significado da Residência Médica para os profissionais da área da Medicina, Blasco (1997) expõe que se deveria refletir melhor sobre o quanto pode ser triste visualizar a especialização somente como um refúgio das deficiências de cada profissional e não, como ela deveria ser pensada, ou seja, como o *coroamento de uma formação integral do futuro médico*. (BLASCO, 1997)

É necessário destacar ainda que, além de todas as motivações citadas anteriormente nesta pesquisa, existem os fatores individuais, as vivências, as experiências que são os frutos da história de vida de cada um dos entrevistados, e que também influencia na escolha profissional, tanto pela Medicina, quanto pela atuação no Programa Saúde da Família.

No relato abaixo, por exemplo, o médico em questão, faz a relação entre a sua história de vida com a eleição pela sua área de atuação. Descreve como foi a sua infância e como um

‘retorno as origens’ se faz necessário em algum momento da vida. Nesse sentido, ele justifica não

somente a opção pela Medicina de Família, como também a escolha por trabalhar em um município do interior do estado, mais próximo na natureza.

No Acre, aonde eu nasci, tem muita área de floresta. É à isso que eu atribuo minha atração por natureza. Eu nasci e me criei correndo pelas matas, pelos campos. Isso em Brasília, onde nasci. Então eu andava por aquelas matas virgens. Uma vez, até me perdi. Fiquei uma, duas horas perdido. A gente sempre tem alguma tendência a retornar as nossas origens, não é? Fui eu mesmo que pedi pra ir pra lá, porque eu gosto do Mosqueiro. Sou do tipo que gosta do contato com a natureza e lá tem muita natureza. Eu ficava lá, porque eu tenho uma casinha lá, como lhe falei, por causa da proximidade com a natureza. A minha vontade era de morar pra lá. Se não fosse o curso, eu estaria passando mais tempo pra lá. Porque, pra mim, quanto mais rústico melhor. Quando o homem chega e mexe, coloca concreto, eu não gosto muito. Minha ida pra Mosqueiro foi uma tentativa de ter qualidade de vida, contato com a natureza, recebendo um ar mais puro, fazendo o meu Cooper, que eu gosto de fazer. Em Mosqueiro, eu faço na praia, quando to lá. (Entrevistado 06)

Não sou filho único. Tenho um irmão. Mas quem cuida da minha família sou eu, porque minha mãe é aposentada e ganha um salário mínimo. Meu pai era assalariado. Agora não é mais. Se não for dessa forma, se eu deixar de ter tantos empregos, não dá. Outros que dependem de mim padecem. Eu to tentando fazer o máximo de dinheiro, por causa disso: são dois anos de residência que eu não vou poder trabalhar. (Entrevistado 05)

Ainda no que diz respeito às escolhas feitas pelos médicos entrevistados, a escolha pelo PSF foi mencionada por dois dos participantes, provavelmente não por acaso os médicos mais velhos e mais engajados com o programa e com a medicina de família. Seus relatos abordam principalmente o interesse pelo programa e da afinidade com a atividade médica desenvolvida. Ambos se identificam com a lógica assistencial do programa e escolherem trabalhar no PSF.

Eu escolhi estar no PSF e pretendo permanecer nele. A minha escolha pelo PSF não foi uma obrigação. Mesmo porque eu já tenho uma aposentadoria do INSS por tempo de serviço. (Entrevistado 06)

Eu acho que eu fazia Medicina de Família desde a época da faculdade. Porque eu sempre tive a preocupação de não me conformar muito com essa Medicina Ambulatorial, sabe. Esse atendimento domiciliar, eu já fazia. Apesar da faculdade não dar essa formação, eu me preocupava. Eu acredito que já tinha mais ou menos esse perfil. (Entrevistado 01)

Normalmente são encontrados resultados diferentes em outras pesquisas semelhantes, já que o principal motivo da escolha pelo PSF, feita pelos médicos de família, como forma de

trabalho, é a existência de oportunidade de trabalho, sem exigência de qualificação, apesar das prerrogativas do Ministério da Saúde, como nas pesquisas de Ranzoni (2004).

Apesar dos outros entrevistados não terem se pronunciado diretamente a cerca desse assunto, de diversas maneiras ficou subentendido em seus discursos que a sua estada no programa é provisória e está se dando devido a facilidade de encontrar uma vaga de trabalho sem exigência de especialização profissional.

Dessa forma, de acordo com as idéias expostas acima, pode-se afirmar que a escolha profissional feita pelos entrevistados, possui significados emocionais diversos para eles, e se deu de acordo com as vivências anteriores, que passaram durante suas vidas pregressas. (ARRUDA, p. 65, 1999).

Dessa forma, como já foi dito anteriormente, sabe-se que a história de vida influencia diretamente nas escolhas profissionais atuais, tanto no que diz respeito à escolha pela Medicina como profissão de eleição, quanto pela escolha das especialidades e pela área de atuação (se PSF ou não).

Em alguns casos específicos, a história de vida de dois entrevistados fez com que o fator econômico os levasse a cumprir dupla jornada de trabalho devido ao fato de assumirem o papel de provedores de suas famílias.

Sou o único médico da minha família. Uma família pobre. Agora que estamos conseguindo algumas coisas, até porque eu tenho ajudado. (Entrevistado 05)

Em outro relato, esse fator econômico surge também como desencadeador de uma necessidade de trabalho e de incremento de mais de uma fonte de renda para os médicos de família. Provenientes de família 'pobres', necessitaram (necessitam) de mais de um emprego, caracterizando dupla jornada de trabalho, para garantir o sustento da família. Com isso, a saúde e a qualidade de vida dos mesmos fica prejudicada, bem como o desempenho de suas atividades laborais e de suas relações interpessoais.

Na época da faculdade, eu trabalhava de noite e de madrugada. Era, uma loucura. Ainda com alternância de turno. Tinha mês que era de sete às duas da manhã. No outro, era de nove às quatro. Tinha época que eu ficava com o meu sistema nervoso abalado. Às vezes, quando eu ia escrever, a minha mão tremia. Então, por isso que eu não posso ficar me estressando, porque eu já corri muito nessa vida e não posso mais ficar fazendo isso, porque ninguém é de ferro. (Entrevistado 06)

Sendo assim, a análise desse tópico permitiu ainda identificar que a influência familiar, a identificação pessoal, a busca da independência financeira e de status profissional,

bem como o desejo de ajudar e de ser útil às pessoas foram fatores que influenciaram os estudantes na escolha do curso de Medicina, bem como do PSF.

Além das motivações relativas à escolha pelo trabalho no PSF, faz-se importante tratar também do tempo que esses profissionais estão atuando no programa. Como já foi dito anteriormente, a maioria dos entrevistados possui pouco tempo de formados e são recém egressos da graduação. Dessa forma, poderíamos concluir então que a maioria dos sujeitos da pesquisa possui pouco tempo de atuação no PSF.

Após a análise dos dados, obteve-se o resultado semelhante, onde dos 06 (seis) entrevistados nesta pesquisa, 03 (três) atuam no PSF há menos de um ano (ou seja, com meses de prática), 02 (dois) trabalham no programa em um período entre um e dois anos, e apenas 01 (um) entrevistado informou estar trabalhando no PSF há mais de seis anos. Ou seja, a grande maioria dos participantes, ou seja, cinco dentre os seis, atuam há pouco tempo com medicina de família.

Dessa forma, seguem os trechos dos discursos que tratam a esse respeito:

Trabalho com PSF desde 2002 pra cá. São seis anos. Foi meu primeiro emprego já voltado com a estratégia em Benevides. (Entrevistado 01)

Me formei e fui direto pro PSF. Na verdade, eu me formei no final de 2006. Como eu achei que não tava com um estudo pra passar em uma residência. Eu fiz só aqui no Betina, pra ver como eu tava e ver a prova. Não passei. Aí, esse ano que eu achei que tava estudando um pouco mais, fui pra São Paulo. Mas ainda não deu certo. Aí tentei aqui também, mas ainda não deu. (Entrevistada 02)

Estou no Mosqueiro desde junho do ano passado. São oito meses no total. Ali não fica ninguém muito tempo. Médico não. (Entrevistada 03)

Eu fiquei lá do início de Fevereiro até o último dia de Novembro. (Entrevistada 04)

Estou no PSF desde Agosto ou Setembro e vou ficar até onde der. Só que eu tenho a prova de residência final do ano e, se Deus quiser, eu vou conseguir ser aprovado. (Entrevistado 05)

Já faz dois anos e pouco que trabalho PSF. Eu fui pra lá entre Novembro e Dezembro de 2005. Trabalho lá de segunda à sexta, de manhã até uma e meia, duas horas da tarde, mais ou menos. (Entrevistado 06)

Ainda no que diz respeito a tempo, mas dessa vez ao período de permanência que cada profissional médico possui em cada PSF, obteve-se como resultado que a brevidade desse tempo influencia diretamente na alta rotatividade de profissionais no programa, problema esse muito citado por todos os entrevistados e presente em todas as referências teóricas sobre o Saúde da Família.

O médico no PSF mete o pé na lama. Todos os médicos dizem que o PSF é temporário. Eu, assim que conseguir coisa melhor, eu saio. Por isso a alta rotatividade. Mas a culpa não é nossa não e sim da infra-estrutura. (Entrevistada 03)

O relato acima é um grande exemplo de como a pouca infra-estrutura e o desejo de especializar-se, bem como a facilidade de encontrar novas vagas de trabalho, fazem com que a rotatividade no Programa de Saúde da Família seja elevada.

Nesse relato ainda pôde-se perceber que representações esses profissionais possuem acerca do programa. Nesse trecho, esse entrevistado descreve o PSF como algo ‘temporário’. Ou seja, o programa seria como algo passageiro e que possui uma utilidade por apenas um determinado período de tempo para esse profissional.

Nesse sentido também se pode facilmente visualizar outros relatos, dessa vez de outros entrevistados, que utilizam representações semelhantes. Ou seja, o PSF funciona como um ‘Rito de Passagem’ para esses sujeitos, enquanto os mesmos não são aprovados nos concursos para as Residências Médicas que desejam.

Na verdade, o PSF é a porta de entrada dos médicos recém formados, porque quando você vai para a prova de residência você já tem mais experiência. (Entrevistada 04)

Com sentido semelhante, porém se utilizando de um termo diferenciado, este entrevistado também se refere ao PSF como algo passageiro, através da expressão ‘porta de entrada’. A representação de algo passageiro e que ocorre no início da formação desse profissional médico permanece também nessa fala.

Nesse relato ainda torna-se interessante notar que a utilização da expressão ‘porta de entrada’ foi feita pelo entrevistado de forma atípica, modificando a sua significação usual. Isso é dito devido ao fato do Programa Saúde da Família ser realmente a ‘Porta de Entrada’ do Sistema de Saúde, mas para os usuários que procuram atendimento de saúde e não para os médicos que ‘entram’ pela primeira vez no mercado de trabalho.

A esse respeito, outras pesquisas já obtiveram resultados semelhantes nos discursos de seus entrevistados. Segundo Ronzani (2004), o PSF seria como um lugar de passagem para os médicos. O PSF seria como uma válvula de escape devido ao mercado de trabalho estar inchado. (RONZANI, p. 193, 2004)

Dessa forma, em outros trechos de entrevistas, surgem representações do tipo:

Acaba que o PSF vira um laboratório pro médico recém-formado. Se for ver, eu não sou médico pra ta no PSF, porque eu não tenho a formação adequada, não visto a camisa como o esperado, que é o que eles querem pra funcionar direitinho. (Entrevistado 05)

Ou seja, para os entrevistados, o PSF possui uma representação de algo ‘temporário’, que funciona como uma ‘porta de entrada’ para o mercado de trabalho, bem como um ‘laboratório’ para que os médicos possam obter a prática necessária, antes de ingressarem em uma Residência Médica.

Dessa forma, fica claro que o projeto de vida de muitos desses sujeitos está focado na especialização, ou seja, a meta principal é a aprovação em um curso de Residência Médica.

A minha prioridade na vida é a residência, que ta em primeiro lugar. A minha prioridade é a residência agora. Depois que eu concluir, vai ser muito difícil eu ficar em serviço público. Vou me jogar pra iniciativa privada. Eu venho acompanhando o PSF aqui no Estado desde 1998. Vim de municípios diferentes e de lá pra cá pouco avançou no Estado. Isso pra gente como profissional da área é frustrante. Quer dizer, são nove anos sem grandes avanços e se eu puder desenvolver meu trabalho dentro da iniciativa privada eu gostaria muito. Meu pensamento agora é focar na residência. Esse era o meu objetivo. É o que eu quero e o melhor é que é em Saúde da Família. E é o que to fazendo agora. Isso é a minha prioridade agora. (Entrevistado 01)

Eu quero ser cirurgião, tanto que eu to estudando pra fazer residência final do ano. (Entrevistado 05)

Porém, surgiram também relatos de entrevistados que tem como meta a qualidade de vida e citam dentre os seus planos pessoais interesses que vão além da prática profissional e se estendem a sua vida pessoal, envolvendo os seus hobby, e atividades de lazer, etc.

Medicina é o que eu gosto. A não ser outras coisas como hobby, tipo cantar, teatro e ainda mexer com mato, terra, isso tudo. Ainda ficou aqui em mim essa vontade. Gosto muito e ainda vou realizar esse sonho de mexer com terra. (Entrevistada 02)

Por ainda serem jovens e ainda residirem com os genitores, a maioria dos médicos entrevistados (quatro) desejam, além de cursar uma Residência Médica, adquirir sua independência financeira, além de constituir família. Um relato que ilustra muito bem essas aspirações é o que se segue:

Hoje eu ainda moro com os meus pais. A minha família é um pouco grande, somos seis pessoas. Eu penso e quero ter a minha independência, ter a minha vida. Quero me formar, ter a minha especialização, ter uma família. Na verdade, quero o que todo mundo quer: ser feliz. Eu acho que a felicidade não é aquilo que você conquista, mas o que você constrói dentro de si. Então eu quero a cada dia construir essa felicidade dentro de mim, com as pessoas que convivem comigo, como no meu trabalho, na minha casa, com meus amigos. Depois, eu acho que o auge da felicidade é conquistar tudo aquilo que eu penso. (Entrevistada 04)

7.2. Atividades Desenvolvidas

Esse tópico de análise trata das atividades desenvolvidas no Programa Saúde da Família pelos médicos entrevistados. Através deste, objetivava-se obter informações acerca

do tipo de atividade que esses profissionais desempenham em sua rotina de trabalho, bem como os mesmos representam a sua realidade através de seus discursos.

Observou-se que, se de um modo geral, a rotina de uma Unidade de Saúde da Família deveria ser composta pelas seguintes atividades: reuniões de equipe semanais para discussão de casos clínicos, atendimentos individuais a usuários cadastrados, visitas domiciliares a usuários com dificuldades de locomoção e grupos educativos para os programas especiais (Hiper-Dia, Pré-Natal, Saúde Mental, etc.)

Porém, é sabido que quase nenhuma equipe consegue desenvolver todas essas atividades em suas Casas Família, devido a uma variedade enorme de causas. No que diz respeito às reuniões de equipe, nessa pesquisa, obteve-se como resultado que somente uma médica mantém essa atividade como rotineira em sua Unidade de Saúde da Família, de acordo com o relato abaixo:

Tem reunião toda sexta com a equipe e quando a diretora acha que a gente ta precisando, marca e agente reuni. A reunião é pra tudo: pra puxar orelha, pra discutir caso, pra montar atividade. (Entrevistada 03)

A educação em saúde deve ser realizada em todos os momentos em que houver contato com o usuário, ou seja, tanto em visitas domiciliares, quanto em atendimentos individuais na própria Casa Família. Porém, o que normalmente se verifica e o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, é que a parte educativa do programa seja realizada principalmente através de palestras educativas para grupos específicos de usuários, como diabetes, hipertensão arterial e o pré-natal.

Mas com relação à prática hoje desenvolvida pelos médicos de família no PSF do Distrito do Mosqueiro, a parte educativa vem sendo feita principalmente através de orientações em saúde mais voltadas para as consultas individualizadas, dentro das próprias Casas Famílias. Quase todos os médicos, com exceção de um, falaram em seus relatos que desenvolvem esse tipo de atividade no programa. Já com relação às atividade grupais, dois seis entrevistados, somente a metade, ou seja, três também se referiram à execução desse tipo de trabalho na comunidade do Mosqueiro.

Eu faço reunião do Hiper-Dia. Isso aí é uma exigência que eles fizeram e eu acho até confortável fazer dessa forma. Agenda tudo de uma vez, num só dia, o Hiper-Dia e os outros dois dias, agenda só o ambulatório. Na verdade, nesses três dias, agente atende toda a demanda do PSF, que na verdade seriam oito consultas no turno (ou tarde ou da manhã) e quatro visitas no outro turno. Se a gente fosse multiplicar, eu atendo trinta e dois pacientes em dois dias. Então eu atendo a população que me foi estipulada. Mas isso não é PSF. (Entrevistado 05)

Este relato acima descreve com clareza o quanto a quantidade pode influenciar a qualidade de atendimento em saúde, deturpando a lógica desse trabalho e com isso prejudicando a assistência aos usuários que necessitam de cuidados.

Nesse caso, deturpa-se a finalidade de uma atividade grupal, utilizando-a, em substituição dos atendimentos ambulatoriais (como se ela se voltasse a esses fins), simplesmente objetivando com isso atingir mais rapidamente o número de atendimentos semanais exigidos pela Secretaria Municipal de Saúde para cada profissional médico.

Porém, o que não deve ser pontuado nessa situação é que uma consulta ambulatorial para um hipertenso provavelmente possui outras exigências que um grupo de orientação não abarca. Mas como a situação é 'cômoda' para o profissional e para os gestores, ela se perpetua, apesar de ambos saberem que essa não se constitui como uma prática de PSF.

Ainda com relação aos grupos, existe outro ponto citado pelos entrevistados, interessante de ser analisado. Através dele, pode-se inferir da dificuldade dos profissionais da medicina em lidar com atividades grupais, que são distantes de certa forma de sua área de atuação e principalmente falha no que diz respeito a sua formação. A esse respeito, o trecho abaixo segue:

Eles (os pacientes) perguntavam: 'Doutora, não tem mais reunião, não?'
Sabe o porquê disso? Porque é um encontro deles e aí lá eles conversam.
Não é pela presença do médico que eles queriam o grupo, o que deveria ser.
Eu não entendo eles. Vão pra se encontrar e ficar batendo papo!
(Entrevistada 02)

Nesse relato percebe-se a dificuldade da profissional em compreender que o grupo não é do médico e ele nem sempre possui o papel mais importante em uma reunião como essa. Quando um grupo possui um objetivo próprio para se manter, ele funciona com efetividade e se mantém coeso. Utilizando-se as palavras da própria profissional: 'porque é um encontro deles'.

Interessante notar ainda nesse relato a frase: 'o que deveria ser', com relação à importância que deveria ser dada ao profissional médico nesse tipo de atividade, contrastando com a meta de auxílio à autonomia que o PSF se propõe a manter. O médico deve sair do centro deixando de lado uma posição centralizadora para colocar usuário como autônomo e partícipe de seu processo de saúde, deixando de lado também a doença. O foco da atuação do PSF deve ser na formação de um sujeito autônomo e não mais no médico que cura, ou na doença que mata.

Em se tratando das visitas domiciliares, elas sem dúvidas são as atividades mais características do PSF e, obviamente, as mais comentadas pelos médicos entrevistados. A esse respeito, os sujeitos dizem:

Eu faço visita, geralmente nas sextas-feiras e faço também a parte de educação. O povo já está educado para sexta-feira ter visita, porque eles sabem que tem aquela parte das palestras, do trabalho educativo. Aí eu tiro a sexta-feira sempre, que é o dia mais calmo, que já rolou tudo que tinha que rolar durante a semana. Então fica para visitas domiciliares e pras atividades de orientação dos ACSs. Porque agora nós estamos com muitos ACS e tem sempre uma palestra, orientações da própria equipe pra eles. (Entrevistada 03)

Dentre os entrevistados, somente um informou não realizar visitas domiciliares. O restante, além de fazer por uma obrigação do programa, gosta da atividade. A opinião dos mesmos a cerca das entrevistas é das mais variadas. Os participantes da pesquisa dizem gostar das visitas tanto pelo lado social que nelas está implicado, quanto pela possibilidade de contato com a natureza e com a realidade da população atendida.

Eu gostava muito de ir pras visitas, pelo fato do lugar exótico e eu gostar muito do contato com a natureza. É diferente tu atenderes uma pessoa na unidade, do que atenderes no local deles, mesmo que seja em um centro comunitário. Não tinha aquele ambiente de calor, de estresse que existe numa unidade de saúde. (Entrevistada 04)

Esse interesse por esse tipo de atividade em alguns casos possui uma relação bastante estreita com a história de vida dos médicos, como pode ser visto no discurso abaixo:

Eu gosto muito quando tem atendimento ribeirinho, na área ribeirinha. É algo que eu adoro. Faço visita. Lá na nossa área, a maior parte é de característica rural e a gente entra por aqueles caminhos. Eu adoro. Eu gosto muito de fazer visita. Você tem mais liberdade. O PSF tem essas vantagens. Ele tem a atividade das visitas domiciliares e isso dá a oportunidade de você conhecer a população abrangida, inclusive a cultura do povo. Você tem a oportunidade de conhecer melhor a realidade de como eles vivem, os costumes, hábitos... Eu já trabalhei na área rural de Santo Antônio do Taúa. Lá a gente fazia, uma vez por mês, atendimento na área ribeirinha. Era o dia que eu mais gostava, porque a gente pegava o “popopô” e ia de casa em casa. Eu as vezes já ia pilotando a embarcação. Talvez muita gente não goste, mas eu gosto disso. (Entrevistado 06)

Ainda a respeito das atividades realizadas pelos médicos de família no PSF, as consultas ambulatoriais são, sem dúvidas, as mais presentes e as únicas que todos os entrevistados realizam, sem exceção, visto que também é uma exigência do Ministério da Saúde e a comprovação de sua realização garante a contrapartida financeira para o Município manter o programa em funcionamento através do financiamento Federal.

Porém, por esse motivo também, as cobranças sobre o quantitativo a ser atendido é maior por parte dos gestores, gerando, com isso, um embate entre os profissionais de saúde: a

contradição entre a quantidade x qualidade do atendimento. Quanto a esta análise tratar das dificuldades enfrentadas pelos médicos de família em sua prática profissional, o impasse entre a quantidade e qualidade nas consultas ambulatoriais será mais bem discutido.

No que tange às atividades da função médica no PSF, pelo menos dois profissionais citaram o quanto a sua vida pessoal pode interferir em sua atuação profissional. No relato abaixo, por exemplo, surge a representação do médico como suposto saber, como um referencial para seus pacientes, e que também assume um papel de orientador para a saúde de seus usuários.

A gente tem que poder fazer bem pra si, pra depois poder ajudar ao próximo. Por exemplo, na minha pratica de médico eu ensino os outros. Eu indico exercícios físicos, que se alimente bem, que durmam bem. Eu também preciso fazer isso. Quer dizer, se eu seguir direito, também terei mais oportunidade de fazer essa atividade. Por isso que tenho tentado dormir bem. To sacrificando o curso que eu to pagando. Mas pra atender a necessidade dele, eu teria que me desdobrar pela madrugada, sacrificando meu sono. Isso não é qualidade de vida. (Entrevistado 06)

Este profissional acredita ainda que consegue proporcionar um bem maior para o outro, quando também é capaz ele mesmo de vivenciar a qualidade de vida que ele mesmo tanto enfatiza para os outros, tendo com isso um discurso mais efetivo e próximo do real.

Porém, a vida do profissional médico pode influenciar negativamente a sua prática, quando a sua rotina excessiva de trabalho não o permite ter atividades de lazer devido ao pouco tempo livre, que é por muitas vezes utilizado para o estudo e o aprimoramento profissional. Alguns entrevistados assinalaram a rotina estressante, assim como no relato abaixo, em que a médica diz ter que se esforçar para manter suas atividades de lazer.

Você tem que estar sempre se atualizado. Chega em casa, trabalha e tem aquele tempo de estudar... Na verdade, tem pouco tempo para a vida pessoal. Tem que estudar. Quando não tem plantão no final de semana! Eu estabeleço que eu não gosto de plantão. Não foi o meu perfil. Cada médico tem seu perfil. E tem aqueles que não gostam. Então eu priorizo muito meu final de semana. Não que eu vá pra balada, festas. Mas aquela linha 'de limitar' é primordial, tanto é que eu nunca entrei. Eu sempre priorizei esse lado de dar uma parada pra fazer aquela 'higiene mental'. (Entrevistada 03)

Ainda sobre o cotidiano cansativo do médico no PSF, outra entrevistada demonstra que ainda existem momentos em que a hierarquia se presentifica em seus discursos. Ao falar de sua atividade, em tom de queixume, fala de como alguns usuários costumam tratá-la, sem se utilizar do pronome de tratamento `Dr`. , o que a mesma considera como uma forma de torná-la igual ao paciente.

É um trabalho cansativo. Tu tens que deixar de lado a vaidade, porque às vezes tu chega na casa de uma pessoa e ela te trata de igual pra igual. Não te chama de “Doutor”. Então é complicado. (Entrevistada 03)

A hierarquização profissional demonstrou-se presente nos discursos de alguns dos entrevistados, apesar da forma pontual e localizada. Porém, na literatura, em pesquisas realizadas com médicos de família, constatou-se que o médico é considerado como profissional hegemônico e de maior importância do que os outros membros da equipe de saúde.

Tais crenças nos remetem a uma identidade profissional ainda preponderante no meio médico de hierarquização, autonomia e isolamento do trabalho. Essas características entram em choque com o modelo de trabalho do PSF, que necessita de uma perspectiva realmente interdisciplinar, sem uma área profissional considerada de maior importância, e de uma horizontalização dos vários saberes presentes na equipe. (RONZANI, p. 195, 2004)

Em outra fala, dessa vez de um médico, a representação da prática médica como superior surge:

Basta ter médico que tá tudo bonitinho o trabalho. Não precisa nem tá cumprindo o PSF na íntegra: atendimento, visita, orientação. Ou seja, basta ter um médico no posto pra trabalhar e atender dez pessoas e tá tudo bem. (Entrevistado 05)

Nesse ponto, a escolaridade surge como uma forma de hierarquizar os membros da equipe. No PSF, ACSs e profissionais de nível superior devem discutir os casos de igual para igual, como partícipes de atividade assistencial em prol da qualidade de vida dos usuários atendidos. Porém, alguns relatos como o descrito abaixo, tratam de resquícios de hierarquia dentro da equipe:

Eu me dou bem com todas as pessoas, desde o servente até o mais alto cargo. Lá, a questão da inter-relação, tem gente que confundi isso. Tem técnico que me desrespeita, por falta de ter uma hierarquia mais nítida, pra gente não humilhar ele. Tem muita gente ali que tem baixa auto-estima, por eu ter alcançado uma colocação maior. Tem concursados lá. Tem gente ali com salários bons. Eles têm gratificação. Pra teres uma idéia, um motorista lá que dirige ambulância, que vai duas vezes na semana. Tem R\$ 2.400,00 no contra cheque. Um deles me mostrou e ele falou: “Olha doutora, pra que eu vou estudar? A senhora esquenta a cabeça, eu venho uma, duas vezes na semana...” Quer dizer, na verdade eles fazem o que querem. (Entrevistada 03)

A esse respeito, Fortuna (2005) diz que a configuração de poder em uma equipe de trabalho tende a perpetuar e a reproduzir-se na divisão técnica e social do trabalho. Nessa divisão cada um faz uma parte do trabalho (divisão técnica), com um valor social diferente (divisão social do trabalho). Dessa forma, fica estabelecido que quem "sabe mais", pode mais e manda mais nos que "sabem menos" e que, por isso, devem obedecer. (FORTUNA, 2005)

Nessa trama de poder, encontram-se os vários profissionais que atuam no PSF, desde os agentes comunitários, os técnicos de enfermagem, enfermeiros, e os médicos de família e seus papéis são instituídos também por essa equipe. É através do estabelecimento de suas relações, com todas as influências sociais e históricas, que as representações acerca de um tema se formam. Apesar de no discurso acadêmico, o trabalho em equipe ser descrito como igualitário, não hierarquizado, percebe-se ainda que a representação deste para os profissionais ainda está permeada pelos resquícios do antigo modelo médico-curativo. (LINS, 2006)

Porém, faz-se importante ressaltar mais uma vez que posições como estas surgiram de forma isolada e apenas no discurso de dois dos entrevistados dessa pesquisa e demonstram que os anos de história de uma prática médica centralizadora e hegemônica ainda apresentam resquícios importantes na assistência dos dias de hoje.

Falar de hierarquização nas práticas de saúde está diretamente ligado às relações interpessoais que esses médicos estabelecem com os outros profissionais, membros tanto quanto eles da equipe de saúde da família.

A esse respeito, Fortuna (2005) conceitua o trabalho em saúde como um processo de relações, como uma rede de relações entre pessoas, uma rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Trabalhar equivale a se relacionar. (Fortuna, 2005)

Então, quando se fala das relações interpessoais dentro da equipe de saúde da família, várias representações surgem, desde a presença do poder médico e hierarquização, até queixas relativas a dificuldades de relacionamento que interferem na atuação profissional.

Ainda neste núcleo temático, como fator importante para compreensão das relações interpessoais, eis que se retorna então aos papéis, e mais ainda, às relações de poder dentro dessa equipe. Esse debate surge ainda ao se tratar dos conflitos, já que seria complexo falar de poder sem tratar de conflitos, até porque eles aparecem juntos também nos relatos dos sujeitos entrevistados.

Fortuna (2005) descreve as relações de poder como teias que vão se tecendo no interior das equipes. Declara ainda que:

Quando se fala de poder, estamos nos referindo não aos governos, prefeitos e chefias, mas à polarização que se estabelece entre as pessoas, dividindo-as entre as que "podem" mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações. Algumas profissões foram adquirindo poder durante a história, é o caso da categoria profissional médica. (FORTUNA, 2005).

Antes mesmo de falar a respeito da posição do outro dentro dos conflitos interpessoais, alguns entrevistados chegaram a posicionar-se quanto a sua postura diante dos outros colegas de trabalho. Percebeu-se com isso uma preocupação em estabelecer uma atitude conciliadora, porém distante dos conflitos e ‘fofocas’ das unidades. A esse respeito, um profissional se coloca da seguinte forma:

O meu comportamento é do tipo conciliador. Então eu me dou bem sempre com tudo e com todos por onde eu ando. Mas não tem havido conflitos. (Entrevistado 06)

Essa postura de neutralidade é observada em outros dois médicos, quando se queixam das ‘focacas’ existentes em suas equipes.

Em posto de saúde tem muita fofocinha. Nossa! Eu tento ficar neutra. Posso até ser taxada como séria, mas eu não sou. Tento manter a postura para evitar confusões. Comigo não, sabe. Eu gosto de todos da minha equipe. Tu tens que fingir que não ta escutando as focacas e ter muito cuidado com a tua imagem. (Entrevistada 02)

Tem uma dificuldade da própria equipe que ta lá. Eu vejo muitas pessoas ali ociosas. Tu sabes que ócio numa equipe é perigoso. Tem um problema surgindo ali naquela unidade, que eu não vi nas outras, que é a questão do pessoal que é muito difícil. Rola muita brincadeira entre os funcionários. Rola muita focaca, sabe? Eles pensam: “Não tem nada pra fazer, então vamos falar mal daquele, falar mal desse”. Isso é uma coisa que eu to estranhando muito lá. Ali a focaca é muito forte. Eu tenho jogo de cintura para essas coisas, mas ali é uma unidade preocupante. A própria SESMA sabe. Imagina o que é você ficar o tempo todo nesse fogo cruzado? Então fica esse clima ruim. São sempre as mesmas pessoas. (Entrevistada 03)

No que diz respeito ao trabalho em equipe, todos os participantes se queixaram da inexistência de um trabalho articulado, de cooperação, com características claras de um trabalho em equipe. Porém, apesar disso, também demonstraram crer na importância desse tipo de ação para a prática no PSF.

Dessa forma, pode-se considerar que a atuação no PSF ainda apresenta problemas em relação ao trabalho em equipe, já que ainda prevalecem ações isoladas e hierarquizadas, e a contribuição dos profissionais de menor nível de formação técnica – como, em especial, no caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – está situada num patamar de importância inferior à dos médicos. (RONZANI, p. 194, 2004)

Acerca da falta de cooperação entre os profissionais da equipe, o relato abaixo pode ser bastante ilustrativo:

Não existe auxílio entre os profissionais, que eu acho que deve ter. Eu acho que a pior coisa é a rivalidade. Às vezes médico e enfermeiro não conseguem entrar num consenso. Às vezes o agente administrativo também. (Entrevistada 04)

7.3. Concepções sobre PSF

Neste tópico da análise dos dados serão discutidos dados referentes aos conceitos básicos que os médicos de família entrevistados possuem acerca do PSF, bem como sobre as concepções acerca da medicina de família. Pretende-se ainda analisar nesse tópico a relação existente entre a teoria construída sobre o programa e a prática profissionais dos médicos de família, dando um enfoque às contradições que os mesmos observam em sua atuação.

Os médicos de família consideram que o Programa Saúde da Família, apesar de suas deficiências, tende a se consolidar e a permanecer no cenário nacional como o carro chefe da saúde no país. Alguns entrevistados conceituam o PSF a partir de sua importância, medida através de sua possibilidade de continuidade ou não.

No relato abaixo, um médico de família bastante envolvido com a lógica assistencial do programa, descreve o que para ele seria o PSF, definindo seus conceitos e características.

O PSF continua, continua sim. Não acaba não. O **PSF** é um programa que veio pra ficar. Ele se afina com a política do SUS. Ele adota a política de atenção básica. Ele atende a área curativa, sem se esquecer da área preventiva, que é a mais importante. E tem mais uma, ele considera o paciente como um ser mais globalizado, atendendo não somente o lado psíquico, mas o social e o biológico. E tem a parte das visitas domiciliares. Até a parte cultural é atendida. (Entrevistado 06)

Percebe-se na fala deste sujeito a sua afinação com as concepções vigentes acerca do programa, conectado com a literatura atual e a prática da medicina de família, que se alinha com a Atenção integral à Saúde.

Apesar de todos os problemas do PSF, eu não vejo como ele acabar. Pra nossa estrutura do país, acho que ele vai durar, mesmo com todas as dificuldades. (Entrevistada 03)

Somente uma entrevistada verbalizou claramente sua descrença com relação ao prosseguimento do programa. Justifica sua posição baseada no fato de que muitas modificações estruturais precisam ser feitas para que ele se mantenha funcionando de forma efetiva.

Sinceramente, acho que o PSF não vai pra frente. Enquanto não tiver uma pessoa lá em Brasília com um olhar diferente pra saúde, a coisa não muda. Aqui em Belém estamos jogados as traças. Lá em Mosqueiro eu cheguei tava a T. (coordenadora), depois veio outro, depois de um mês outro, aí trocou o secretário de saúde, de novo. Agora cheguei em Mosqueiro e já é outra pessoa. Quer dizer, tu nunca sabes pra quem recorrer. Da mesma forma que a rotatividade é prejudicial ao PSF, essa troca administrativa também é prejudicial. (Entrevistada 02)

Embasa ainda suas impressões apoiando-se no fenômeno da 'rotatividade' como um grande empecilho a continuidade do programa. Porém, dessa vez, não se trata da rotatividade ligada aos profissionais de saúde, que atuam na ponta, diretamente na assistência, e sim na

rotatividade de gestores locais, que não conseguem dar continuidade ao trabalho desenvolvido, gerando com isso um grande prejuízo ao PSF e à assistência à saúde da população que mais necessita.

Em se tratando ainda das representações que os profissionais médicos demonstraram ter acerca do Programa Saúde da Família, uma especificamente chama a atenção e merece destaque nesta análise. O trecho abaixo diferente de tudo o que se apresenta teoricamente sobre o programa, bem como de todas as concepções apresentadas pelos outros médicos entrevistados. Nele, um dos médicos descreve a forma como entende o PSF, um tanto quanto distinta do que se preconiza como o conceito do programa.

Porém, de certa forma, a representação que esse profissional possui acerca do PSF está alinhada com a prática que ele desenvolve no Mosqueiro. Para ele, o PSF seria, resumidamente, uma reunião de programas de assistência à saúde de usuários que possuem agravos específicos, como Diabetes e Hipertensão. Não que o PSF não possua uma linha de conduta voltada para essa população mais específica, mas dizer que ele se resume a isso seria, no mínimo, desconsiderar toda a história e sustentação teórica que o fundamenta.

O PSF seria vários programas unidos em um, para ocorrerem em dias diferentes, para atender a população inteira. Por exemplo, toda população de gestantes atendida num dia específico. Agora, não tem como funcionar assim. Não com o incentivo que eles dão. (Entrevistado 05)

Assim, da mesma forma que se enfoca as representações possíveis acerca do PSF, pode-se também analisar as concepções existentes acerca da medicina de família e do que vem a ser o médico de família.

Para esses sujeitos, o conceito de médico de família envolve uma série de representações, passando desde a imagem do médico de família, um clínico que vai além de sua prática realizando visitas domiciliares. Nesse aspecto, o que diferencia o médico de família dos outros especialistas seria um procedimento específico, demonstrando o quanto que as visitas domiciliares são a marca e o diferencial do PSF, a ponto de repassar essa representação também para a imagem do médico. Quando se fala em PSF, normalmente a população associa as visitas domiciliares.

Na verdade, o médico do PSF seria um clínico geral que ainda faz a visita. Só que na realidade não funciona, porque a maioria não gosta de fazer visita. (Entrevistada 02)

Sabe-se que a medicina vai além da clínica médica associada à realização de visitas. Porém, assim como a grande parte da população, os médicos que atuam no programa também possuem essa representação acerca da especialidade.

Logo, se a medicina de família implica em realização de visitas, um profissional que não desempenha essa atividade seria então um médico de família. Mais à frente, em outro tópico desse trabalho, a questão de autodenominar-se ou não médico de família será discutida.

Outra representação possível seria a do médico de família como uma repaginação da figura do antigo médico de família. A esse respeito, Goulart (2007) assevera que essa concepção fundamenta-se em uma corrente mais 'romântica' da antiga prática do médico de família, que visitava as residências e promovia o cuidado para toda a família durante anos. (GOULART, 2007, p. 70)

O médico do perfil do PSF, segundo o que eles falam e o que escuto, é aquele que se dispõe a fazer as visitas, a realizar e participar dos programas. Não é aquele que só faz atender. É aquele que se dispõe a conversar com os agentes de saúde. Na verdade, pra um médico de PSF, seria interessante que ele tivesse um tempo disponível. Isso é uma coisa que seria ideal. Mas na prática, isso não ocorre muito. As pessoas se esforçam, mas dificilmente os médicos têm um só emprego. Às vezes, ele não consegue dar seguimento no trabalho por falta de tempo. (Entrevistada 04)

Outra representação possível é a do médico de PSF como um 'paizão', que faz tudo para o paciente e cuida integralmente, que funciona como aquele que possui disponibilidade para a sua prática, com dedicação exclusiva para o PSF, que 'vista a camisa' e que praticamente possui a Medicina de Família como um sacerdócio para poder desempenhar a atividade médico da forma que é preconizada, e além de tudo, suportando todas as dificuldades que o programa possui.

Tu te sentes útil, porque acabas sendo um pouco de tudo. Porque, em minha opinião o médico é visto como o paizão no PSF. (Entrevistada 03)

O médico de família tem que ser alguém disposto a vestir a camisa, receber aquele salário, que more perto do PSF, pra poder ficar período integral lá, e com muita vontade de trabalhar. Tudo isso é difícil sem estímulo. (Entrevistado 05)

Porém, talvez a conceituação mais completa e fielmente associada com os pressupostos teóricos atuais da medicina de família e do que seja a prática de um médico de família, tenha sido feita por um entrevistado, como segue abaixo:

Na verdade, o médico de família coordena. É um coordenador da saúde dentro da família. Agente visualiza a família desde as pessoas que trabalham, que produzem na família, passando mãe, pai, um avô que possa morar na casa, um filho, neto... Olha, a oportunidade que você tem, tanto de Medicina Preventiva, quanto curativa, se for analisar diversas faixas etárias... Agora o médico tem de ter a sensibilidade... Quer dizer, não é a quantidade pacientes que vamos atender, mas a qualidade. Por isso nos envolvemos. O que é contraditório, porque fazemos um curso de Medicina que nos ensina a não nos envolver com o paciente. O que muda com a Medicina de Família, pois quando nos envolvermos é que conseguimos

obter o resultado. Agora é preciso saber dosar, até porque não atingimos os 100%. Trabalhamos com 80 à 85% das demandas de saúde. Agora imagina aqueles pacientes que não tem cura, como com um câncer e tu ajudares pra que tenha boas condições nesse resto de vida. Acho muito gratificante, tanto que, quando me perguntam qual a sua especialidade, falo Médico de Família. Aí pensam que é um Clínico Geral. Então explico toda a nossa importância. Acredito que dentro de dois anos, ela ganha maior conhecimento com ajuda da iniciativa privada. (Entrevistado 01)

Outra forma de perceber as concepções acerca da medicina de família foi através da autodenominação desses sujeitos como médicos de família ou não. No relato acima, isto já fica evidente quando o médico se declara um médico de família para outras pessoas, se reconhecendo e se mostrando para o outro dessa forma.

Dentre os médicos entrevistados, a grande maioria se considera médico de família, um afirma literalmente que não se sente como um médico de família, e o ultimo não pontua claramente essa questão em seu discurso durante a entrevista. Abaixo, seguem os relatos de forma detalhada:

Eu me sinto uma médica de família, apesar de eu querer otorrino. Mas posso ser uma otorrino, médica de família. (Entrevistada 02)

Eu me acho uma médica de família sim. Plenamente. É o que mais eu faço hoje. Me esforço pra poder dar o melhor de mim lá. Eu gosto do que eu faço sim, apesar de terem coisas também que eu não gosto. (Entrevistada 03)

Eu me considero um médico de família. É a atividade que eu labuto. (Entrevistado 06)

Pra mim é vantagem fazer PSF nessa situação. É por isso que estou lá. É vantajoso trabalhar no PSF, porque eu to trabalhando como médico de ambulatório, mas se eu fosse trabalhar no PSF mesmo, não há interesse. (...) A concepção de médico de família, que ta ali indo fazer visita em loco, eu acredito que ninguém faz. Eu não me identifico como médico de família. Me identifico como médico geral, pois aquele que vai lá em loco, conhece a família, acho muito difícil alguém ter essa pratica lá. E acho que isso não deve ser algo isolado do meu local de trabalho. Então, me apresento como médico não de família, mas que está lá trabalhando na família. A gente sabe que não estamos trabalhando da maneira adequada, mas infelizmente é isso que temos. Temos que trabalhar conforme toca a musica. (Entrevistado 05)

Porém, não é somente o fato dos sujeitos nomearem-se médicos de família e se apresentarem dessa forma que os mesmo serão reconhecidos como tais. Médico de Família pode ser tanto aquele profissional que atua no PSF, mas não se intitula como tal, como pode ainda ser aquele médico que momentaneamente não está trabalhando no programa, mas que se denomina como um médico de família.

Entretanto, o profissional médico só será institucionalmente, formalmente considerado um médico de família se obtiver o Título de Especialista expedido pela Sociedade Brasileira

de Medicina de Família e Comunidade, obtido através de uma prova ou através de um curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade. A esse respeito, um entrevistado fala que:

A Sociedade Brasileira (SBMFC), juntamente com o Ministério da Saúde, estão querendo que os médicos prestem prova de título. Eles precisam que muitos médicos dentro do Brasil façam a prova de título pra poder cobrar uma contrapartida do Ministério da Saúde para os especialistas. Querem que a Medicina de Família se firme como especialidade, mostrando que nós médicos de família, nós fazemos tratamento diferenciado, tratamento de coordenação, juntamente com a família, que não pode ser comparado com atendimento de recém-formado, que não tem ainda a formação necessária pra atender. (Entrevistado 01)

Talvez com um incentivo do Ministério da Saúde, mais profissionais possam ter a titularidade e com ela poder ter maior formação para atuar no programa, melhorando com isso a satisfação do profissional que atende e do usuário que é atendido.

Porém, ainda são muitas as discrepâncias encontradas entre a teoria e a prática. O que a literatura pontua e o que o Ministério da Saúde estipula estão muito distantes da realidade vivida e relatada pelos médicos de família. Muitos falam de sua admiração pelos pressupostos teóricos que a Medicina de Família possui, mas sempre consideram que o cotidiano de trabalho está muito aquém de suas necessidades reais, bem como de seu desejo de ideal de prática, apesar do esforço em um sentido de mudança.

Eu gosto de PSF. Acho muito desorganizado, mas gosto. É muito diferente do que é dito no papel. Uma prova disso é o SUS. Se funcionasse da maneira que tá no papel seria lindo. (Entrevistada 02)

A esse respeito, Ronzani (2003) defende que as mudanças ocorridas apenas no âmbito formal normalmente apresentam dificuldades de efetivação na prática. Declara ainda que, muitas vezes, ocorre o fenômeno denominado de ‘esquizofrenia’, que seria a marcada dissociação entre o dizer e o fazer, entre o discurso e a ação, cada vez mais freqüente em nossa época. (RONZANI, p. 235, 2003)

Outro relato, dessa vez mais longo, descreve a mesma opinião:

O programa, o PSF em si é muito bonito o seu funcionamento. Eu acho que ainda tá um pouco longe do que deve ser o programa, porque se você lê o programa do SUS é lindo, com direito a saúde mental, atenção a mulher e tudo. Mas na prática, não funciona assim ou porque as equipes não estão completas ou porque as referências não são adequadas. Na nossa formação, ensinaram é que fossemos humanos acima de tudo, procurando sempre atender bem. Agora, como é que eu vou atender uma pessoa sem tocar, sem escutar, sem auscultar? Isso não existe. Só que para eles, tu tens que te “virar nos trinta” e tens que atender aquela quantidade, aquele número pré-definido. Quer dizer, só enxergam o número e não o ser humano. Então essa é a minha maior crítica a esse sistema, porque acaba que você não consegue

produzir o atendimento que você gostaria. Eu, pelo menos, acabo me estressando. Mas, mesmo assim, respiro fundo e vou adiante. Eu me esforço pra minha pratica não ser tão diferente do que eu aprendi na faculdade. Mas dá uma diferença, porque, por exemplo, o meu limite é atender vinte e cinco pacientes, atendendo bem. Quando passa disso eu fico mal, porque eu não consigo atender bem aquele paciente. Então me esforço, tento resolver o máximo que eu posso. Mas às vezes cansa um pouco e tu precisas contar até trinta, porque até dez não dá. (Entrevistada 04)

A principal justificativa para o mau funcionamento do programa, entre tantas, mais uma vez é depositada sobre a falta de incentivo e de boas condições de trabalho. Essa idéia, defendida por quase todos os entrevistados, já foi exposta nessa análise anteriormente e será novamente apontada pelos mesmos, quando da discussão do tópico acerca das dificuldades na prática do médico de família.

O PSF, no Mosqueiro, não funciona. Não como é passado pra gente na faculdade, quando a gente tem que trabalhar com Atenção Básica, prevenção. Mas o PSF funciona como um grande ambulatório. Então, infelizmente, até haver o incentivo pro médico ir pra lá e fazer realmente o sentido real do programa, o médico não vai. Vai, na verdade, pra fazer ambulatório. Isso é até um acordo com os médicos, porque senão não haveria o profissional lá. A meu ver, o PSF não funciona. Ele poderia muito bem funcionar, se houvesse incentivo. O que a gente vê é que o paciente chega lá, marca a consulta e você faz como num ambulatório, a clinica médica. Infelizmente. Seria pra gente tocar no sentido da prevenção, por ser muito mais econômico. Mas não tem como você cumprir oito horas por dia, durante cinco dias na semana de carga horária. (Entrevistado 05)

7.4. Satisfações e dificuldades no trabalho

Porém, o discurso dos entrevistados não foi marcado somente por queixas e reclamações. Existem, apesar disso, satisfações no trabalho do médico no Programa de Saúde da Família. Alguns autores chegam a tratar a esse respeito, como Rakel (1997), que defende que o médico de família recebe muitas satisfações durante a sua prática. Mas a maior recompensa seria obtida da *profunda compreensão pessoal do ser humano inerente à prática profissional*. (RAKEL, 1997, p. 5)

Assim, sabe-se que a satisfação profissional pode ser oriunda de muitas fontes. Muitos médicos falaram da satisfação obtida através do reconhecimento profissional por parte de seus usuários atendidos.

É o feed back do paciente que dá prazer. É o cliente que dá a satisfação. Eu sinto mais prazer de ta ali com o povo do que com a minha equipe. (Entrevistada 03)

Outros, porém, citam a possibilidade de ajudar ao próximo como uma excelente forma de realização profissional, que ainda proporciona um sentimento de utilidade ao profissional que atende.

É gratificante você ver o reconhecimento daquelas pessoas que você atende ali diretamente. Eu fico muito mais feliz do que ao invés de um membro da equipe elogiar o meu trabalho. Quando o paciente faz isso é porque eu sei que realmente a resposta é verdadeira. Então foi gratificante. Me senti muito feliz. Se eu tivesse como, voltaria com satisfação a trabalhar no Carananduba, mesmo com as dificuldades. Os pacientes mandavam bilhete pra mim, presente, bolo de macaxeira. Tinha uma paciente que, de duas em duas semanas, fazia um bolo de macaxeira. Era como uma forma de agradecer. É muito bom você trabalhar em um lugar onde você se dá com as pessoas. São locais de muita carência e por essa carência teu trabalho é muito mais valorizado. (Entrevistada 04)

Percebe-se que nessa representação de trabalho médico, a utilidade da prática existe com maior ênfase no interior e em localidades carentes. Ou seja, esta médica de família sente-se mais útil e bem aproveitada trabalhando com uma população mais carente de serviços do que em uma capital, mais bem servida de serviços e profissionais de saúde. Seria como se em um grande centro a sua capacidade produtiva diminuísse, assim como o valor de seu trabalho.

Só de a gente poder estar próximo e fazer alguma coisa, já é importante. Tem casos em que é super importante a presença do PSF. (Entrevistada 03)

Próximo a esse sentido está a representação de prazer na realização de um trabalho social, onde a assistência a saúde está associada ao trabalho social junto a comunidade.

Interessante, assim quando entro no Saúde da Família, vem uma melhoria social no município, sabe? Agente percebe que vai um pouquinho da cidadania junto com o Saúde da Família. (Entrevistado 01)

Uma visão que dá ênfase à questão social e de cidadania por parte do médico de família é defendida pela própria WONCA (2002) que define que o médico de família necessita de ter uma compreensão mais alargada das variações culturais, étnicas e religiosas, bem como do seu impacto na saúde e na doença e correspondentes implicações terapêuticas. (WONCA, 2002, p. 25)

O que eu acho fundamental para um médico ficar no PSF é o trabalho social. (Entrevistada 03)

Em uma pesquisa semelhante, também com médicos de família, Ronzani (2003) explica que, apesar da percepção do PSF como 'lugar de passagem' para a ocupação de outros postos de trabalho no decorrer da carreira profissional, os entrevistados relataram ter pretensão de continuar trabalhando no PSF. A principal justificativa se deve a função social do trabalho, que seria direcionado à população carente. (RONZANI, P. 193, 2004)

A fonte de satisfação pode estar associada com o contato direto com a população, atuando diretamente dentro da comunidade e da realidade local. Muitas vezes, esse contato tão direto, constituindo-se como linha de frente, é evitado e menosprezado por muitos profissionais da Medicina. Porém, o médico de família que se propõe a assumir esse posto tende a ter satisfação com esse tipo de atuação.

Um de meus amigos me falou que tinha sido chamado pro Offir Loyola e deu graças a Deus de não ter que ir para essa 'desgraça' do PSF. É uma carga que eles levam. Tipo assim, não vou dizer que é uma maravilha, mas eu não vejo o PSF como essa podridão, como eles vêem. Não sei. Eu até prefiro as visitas que eles odeiam. Mas eu acho que é muito melhor. É uma chance de ter um contato melhor com as pessoas, até porque muitas vezes o problema não é nem no orgânico delas, mas nas condições em que elas vivem como moradia, no psicológico, nas pessoas que vivem com elas. Mas isso demanda tempo da gente, pras visitas. Os meus colegas já não têm paciência. Dizem não agüentar mais um ano de PSF, que as visitas são chatas. Graças a Deus eu não vejo isso como um horror, porque senão eu não ia agüentar trabalhar mais um ano lá. E eu to tranqüila. (Entrevistada 02)

Outros entrevistados fizeram referência à satisfação causada pela atuação próxima a natureza, que proporciona maior possibilidade de ter uma vida mais contemplativa e reflexiva, modificando assim o seu estilo de vida.

Tu ficas ali na parada e é uma tranqüilidade. Fica vendo a beira mar. Eu já deixei até o meu carro aberto, com o som dentro. Quando voltei, tava do mesmo jeito. Quer dizer, isso é bom. Trabalhar num local tranqüilo. (Entrevistada 03)

Além disso, muitos médicos fizeram referência à vantagem de se trabalhar mais afastado da violência dos grandes centros urbanos. Como o PSF normalmente atua em áreas periféricas, a violência nas áreas urbanas é maior e com isso afugenta os médicos do programa contribuindo com a alta rotatividade de profissionais de saúde. O refúgio da violência possibilita a esse profissional, além de maior satisfação em sua atividade laboral, a melhoria da qualidade de vida, com a diminuição do estresse e da sensação de insegurança.

Porque tu sabes que tem muita gangue nessas áreas. Lá em Mosqueiro até que é tranqüilo. Aqui em Belém que é pesado. Mas mesmo lá tem uns ladrões que roubaram tudo. (Entrevistada 02)

Porém, apesar dos profissionais entrevistados fazerem referência as satisfações e aos benefícios de trabalhar no programa, a grande parte fez muitas queixas e longos relatos de dificuldades na atuação em PSF, o que faz desse tópico talvez o mais extenso em número de citações literais dos relatos dos sujeitos entrevistados.

Talvez isso se deva ao fato de que muitos dos médicos que vêm a si próprios como médicos de família encontram-se em sistemas de saúde em que não é possível seguir todas as

características da medicina de família. Com isso acabam deixando de lado alguns aspectos que eles mesmos consideram primordiais para o trabalho do médico de família, *perdendo em particular o conceito do contexto comunitário da Disciplina e o dos cuidados longitudinais*, por exemplo. (WONCA, 2002, p. 21)

A esse respeito, uma fala parece bastante ilustrativa e significativa, já que retrata a dificuldade dos médicos em exercerem plenamente a sua prática profissional:

Então, o que me deixa triste com o sistema do PSF é esse jeito que nos prende e nos impede de exercer a medicina de uma maneira como ela deveria ser. (Entrevistada 04)

Os contextos em que esses médicos de família trabalham são muito diferentes uns dos outros, mas os princípios subjacentes à Disciplina Medicina de Família dever ser aplicados em qualquer caso, apesar das dificuldades. (WONCA, 2002, p. 22). Essas diferenças devem ser compreendidas e até mesmo aproveitadas pelo profissional de saúde, a partir do momento que conhece a área e a comunidade em que atua.

É engraçado que cada PSF tem uma diferença de um lugar para o outro. Claro que a estrutura é a mesma, mas a maneira como você faz é diferente. Uns dão mais trabalho, outros dão menos. É interessante. Por exemplo, lá em Mosqueiro, eu tenho mais trabalho. É bem difícil, até mesmo porque a própria comunidade não sabe o que é o PSF. Ali tem aquele fator de mistura da unidade de urgência com a casa de PSF. Ali não tem casa de PSF. É mais o fator de distância física mesmo. Quer dizer, não está dando para eu estar lá todo dia. (Entrevistada 03)

Entretanto, nos dias de hoje, com as dificuldades que o médico enfrenta em seu cotidiano profissional (vários empregos, má remuneração, más condições de trabalho, etc.), aliadas à redução do prestígio social da categoria, fica difícil para o médico conciliar a ilusão construída de uma prática assistencial com a realidade vivenciada em seu dia-a-dia. (MOREIRA, 2006)

Uma das queixas mais presentes nos discursos dos médicos de família que atuam no Distrito de Mosqueiro é a distância do local da capital Belém, aonde todos os médicos residem. Os mesmos reclamam ainda da distância de algumas casas famílias, que são localizadas em áreas bastante distantes do centro de Mosqueiro.

Quero sair de Mosqueiro porque é muito cansativo. Tem que ter preparo físico, pela distancia da área que é muito grande. Não quero sair do PSF. Quero sair do Mosqueiro, até porque não me vejo mais trabalhando na Prefeitura de Belém, porque eles querem pressionar o médico a ficar 8 horas na unidade. E tem também a questão das unidades, que são muito violentas. Agora Mosqueiro é pela distancia. Às vezes levo 3 horas pra chegar na Baía. As pessoas não ficam no PSF pela distância. Geralmente as pessoas moram em Belém. Tem a questão da distância e da própria unidade. Não dá

pra fazer um serviço bom de PSF ali, porque se mistura com o trabalho da unidade de saúde. (Entrevistada 03)

A distância do local de trabalho influencia nas condições de saúde dos médicos, já que eles têm que suportar longas caminhadas e um deslocamento diário para o local de trabalho em transporte público em péssimo estado de conservação. Em um caso específico, uma médica, após a realização da pesquisa de campo, afastou-se do trabalho no PSF devido a um problema de coluna causado possivelmente pelo impacto diário das viagens de ônibus em estradas esburacadas, em que ela carregava sempre malas pesadas com medicamentos, livros, etc.

A distância também influencia na rotina do trabalho, já que para compensar o tempo perdido com o deslocamento diário para a Casa Família, são descontadas horas na carga horária diária de trabalho. Com isso, os médicos não trabalham por tempo integral no PSF, como é definido pelo Ministério, tendo sempre que apresentar negociações com a Prefeitura.

No Mosqueiro é complicado, porque você leva mais tempo pra chegar lá. E lá, a gente não tem telefone. Você sabe como é a situação lá. Eu passo cerca de três horas e meia, só dentro de ônibus, entre ir e voltar, fora o tempo que eu fico esperando nas paradas de ônibus. A hora que termina, eu procuro ver se o ônibus já vem, porque lá o problema de transporte é terrível. Ônibus só tem de hora em hora e agora piorou. E tem dias que não tem nada. Aí, qualquer segundo que eu perca é prejudicial. Acabo de atender e tenho de pegar a primeira condução, porque senão acontece o que tem havido: de eu ficar mais de uma hora esperando. Por isso que eu digo que três horas e meia são só dentro de ônibus, fora o tempo que eu fico esperando nas paradas. É muito difícil. (Entrevistado 06)

Ainda por cima é uma área distante, o que dificulta que o apoio seja voltado pra lá. (Entrevistado 01)

Nos trechos que se seguem, dois pontos surgem como centrais nas falas de diversos sujeitos entrevistados. O primeiro ponto trata da questão salarial, que, segundo os mesmos, deveria servir como um incentivo ao médico de família através de um aumento na remuneração. A outra questão diz respeito à culpabilização do médico de família pelos problemas ocorridos no PSF por parte da população e do governo. Nos trechos abaixo, os profissionais se defendem de tais acusações e apontam a questão salarial como uma das principais dificuldades a serem diluídas no PSF.

Eu não culpo os médicos totalmente pelos problemas no PSF, porque também não há aquele incentivo de uma política salarial mais valorizada, que prenda o médico no programa. Não há e da feita que eles efetivarem o profissional e valorizarem mais o profissional, tudo pode mudar. Se eu fosse efetivado e com um salário mais digno, você acha que eu ia ficar me desdobrando em outros empregos, prejudicando a minha saúde, que é a coisa mais preciosa que tenho. Porque nessa vida você prejudica o seu lazer,

seu descanso, sua família. Eu acho que se o salário fosse melhor, condizente com nossa realidade, tudo poderia melhorar. Eu não teria interesse de ter outro emprego se fosse melhor remunerado no PSF. Então, é por isso que não culpo os médicos. O médico hoje em dia tem que ter vários empregos, principalmente se tiver filhos estudando em escolas particulares. (Entrevistado 06)

Sabe aquela situação de que se tiver médico ta tudo direitinho? É assim que funciona. Agora como se deve melhorar? Com o incentivo adequado. Porque dizem: “ah, o médico é o culpado!” Não. Então somos nós que temos de brigar. O PSF não funciona, infelizmente enquanto não houver interesse la de cima, é difícil e o médico não pode ser culpado por tudo. Eu trabalho por prazer, mas também com o intuito de pagar nossas contas no final do mês. Então, se tiver um incentivo adequado, não vão faltar profissionais para o PSF. (Entrevistado 05)

Hoje, se eu estivesse num local que me desse maior condição de trabalho, não tanto levando em conta salário, eu largaria o serviço publico, que tem sido muito frustrante para mim, porque a gente depende de gestores, que não conhecem o trabalho. (Entrevistado 01)

Aí eles querem jogar a culpa para os profissionais da saúde. Mas poxa, dá um desanimo de trabalhar. Tem horas que dá pra ficar pensando: ‘eu vou me martirizar enquanto tem gente que não ta nem aí?’. (Entrevistada 02)

A partir da fala acima, as queixas relacionadas à gestão local surgem em mais de uma entrevista. Porém, faz-se importante ressaltar que não é interesse dessa pesquisa tratar de questões político-partidárias, tampouco expor questões administrativas sigilosas. Tanto que relatos detalhando citando situações específicas e identificações nominais foram omitidas, sem com isso perder o interesse central da pesquisa, que trata das representações dos médicos acerca de sua atuação no programa.

O problema tá na estrutura de quem coordena o PSF. Na verdade eles não querem qualidade, querem quantidade pra mostrar pro Ministério da Saúde. Eu acho errado. Eu prefiro atender 50, 30, mas bem atendido. Eu acho melhor do que atender os 100 deles, sem ir ao hospital, sem ver as pessoas em casa. (Entrevistada 02)

Portanto, esse tópico de análise que trata das dificuldades encontradas na prática no PSF teve que ser descrito, devido à grande frequência de referencias feitas a esse respeito pelos entrevistados, em sua grande maioria, colocando as questões estruturais e de gestão como a principal culpada pelo não funcionamento a contendo do programa.

Se tivesse um incentivo melhor, eu ficava no Mosqueiro. O que falta é isso. Acho que verba tem. Só que a saúde não é prioridade. Aí sai nos jornais que o médico não vai trabalhar, que só vai quando quer. Isso não é verdade. Agora não colocam porque ele não vai. Não fazem um levantamento para isso. Como é que antigamente não faltava médico? Porque era um local interessante de trabalhar, mesmo com a distância. Agora eles marcam

plantão e não pagam, o laboratório ta sem hemograma desde Novembro, o raio-x não tem técnico. As vezes você tem de trabalhar sozinho, porque demitiram muitos médicos e diluíram a escala. Aí a gente reclama e tem colega que não vai como protesto. Mas a imprensa chega e vai em cima do médico, tirando a culpa de quem merecia e colocando em que não deveria. Ta sucateando tudo e o PSF vai no mesmo rumo. Se já não há investimento pro hospital quanto mais pro programa. Se eu não precisasse ter que ir para outros lugares fazer ambulatório e me fosse pago adequadamente, eu ficaria só lá no Mosqueiro. Porque se você faz o que gosta e tem incentivo pra isso, te da prazer e resultado. O prazer vem quando fazes algo e vê o resultado. Porque se fores pensar: “ah, eu sou médico, tenho que vestir a camisa.” Só que se pensares só nisso, você adocece socialmente, porque tens dividas pra pagar. (Entrevistado 05)

Como em efeito cadeia, os baixos salários acabam por manter nos profissionais de saúde uma constante busca por outras colocações no mercado de trabalho e por melhorias salariais. Assim, acaba gerando outro dificultador para o bom andamento do programa: a alta rotatividade de profissionais.

O fenômeno da rotatividade no PSF pode ser atribuído também à flexibilização de contratação e à grande oferta de empregos nessa área, o que possibilita a escolha de melhores salários. Acrescenta-se, também, os aspectos político-eleitorais como um dos fatores capazes de contribuir para a rotatividade nos serviços. (RONZANI, p. 192, 2004)

Sobre esse fenômeno, os relatos abaixo ilustram a situação do PSF Mosqueiro:

Há muita rotatividade de profissionais ali. (Entrevistado 06)

Por isso há esse rodízio grande. Acho que a rotatividade de médicos no PSF acontece porque, sinceramente, vendo pelo olhar de médico, a maioria não gosta de fazer visitas e também desejam se especializar. Eu, pra ser sincera, se tivesse conseguido, estaria me especializando. (Entrevistada 02)

No trecho acima, um dos entrevistados dá outra versão que contribui para a alta rotatividade no programa, que seria o desejo de aperfeiçoamento profissional, como já foi analisado anteriormente quando tratado da especialização, além das dificuldades relativas à infra-estrutura a gestão.

Agora tem as dificuldades, os entraves de infra-estrutura, principalmente do saneamento básico. E isso gera uma rede de problemas. Os pacientes também geralmente são “poliqueixosos” e isso toma muito tempo do médico pra atender a parte curativa e reduz o tempo de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Mas a gente gosta de atender a população dessa área (Entrevistado 06)

Além disso, uma característica do PSF e também do serviço público em um modo geral, considerada negativa ao desempenho do trabalho, é a burocracia. No relato abaixo, surge citada mais de uma vez por uma entrevistada:

Eu gosto do PSF, mas comecei a me desestimular por ver tantas falhas. Às vezes tu precisas de um mínimo pra desenvolver um bom trabalho e tu não tens. Precisas de uma medicação e não tem. Então é bem difícil, porque tem muita burocracia que dificulta o bom atendimento daquele paciente. Esbarramos em muitas coisas burocráticas que fazem a gente desistir. (Entrevistada 04)

Além de todos os problemas já descritos, não poderia ficar de fora do rol de dificuldades que cercam a prática do médico de família no PSF a fragilidade contratual e a instabilidade que ameaçam este profissional de saúde, ponto que merece discussão devido à indefinição quanto às relações trabalhistas.

Queira ou não queira, é um serviço público, com um salário diferencial em relação aos outros. O problema é a questão da fragilidade contratual do PSF. A questão de concurso é a importância para o profissional se manter com mais estabilidade. (Entrevistado 01)

Dessa forma, pra muitos médicos, a continuidade da vinculação ao PSF ficaria condicionada a algumas mudanças nas condições de trabalho. Tais mudanças se baseiam na flexibilização da carga horária e na não obrigatoriedade de dedicação exclusiva ao programa (que já existe no caso de todos os entrevistados) e na melhoria salarial. (RONZANI, p. 193, 2004)

Assim, de maneira geral, além da distância geográfica, a falta de infra-estrutura das casas famílias, de treinamento dos componentes das equipes e de contratação de todos os profissionais previstos no quadro, ainda existem as questões burocráticas.

Alguns desses pontos, foco de queixas dos médicos entrevistados, deixam claro que existe uma expectativa por parte desses profissionais que o PSF possa se adequar às necessidades e exigências dos médicos, e não o contrário. Tal fato descaracterizaria mais ainda, de forma geral, as diretrizes básicas do PSF. A continuidade no PSF, então, ficaria condicionada muito mais à mudança dos pressupostos do PSF do que à adaptação dos médicos ao trabalho.

Mas nem todos os entrevistados se contentavam somente com as queixas e faziam das dificuldades um empecilho para a atuação. Ao contrário disso, a maioria dos sujeitos sempre demonstrou buscar alternativas para superar as dificuldades, através da criatividade.

Assim, algumas atividades inovadoras foram implantadas como a montagem de folhetos informativos e palestras educativas. Outro marco importante para a Medicina de Família no Estado do Pará foi a criação da Associação dos Médicos de Família e Comunidade do Estado do Pará, tendo como membro fundador um médico de família do PSF Mosqueiro.

Montamos dois folhetins envolvendo os médicos e mostrei pros Agentes Comunitários de Saúde envolvendo os professores da Rede Municipal, com

treinamento de primeiros socorros. Nós fundamos a nossa Associação dos Médicos de Família e Comunidade do Estado do Pará. (Entrevistado 01)

A partir dos exemplos acima descritos, pode-se dizer que a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, pode se dar tanto nas relações entre os níveis de gestão do SUS e quanto nas relações destes com a sociedade. Ou seja, pode ocorrer nas várias esferas do governo, envolvendo desde os gestores do mais alto escalão, até mesmo os profissionais da ponta, que estão diretamente envolvidos na assistência dos usuários. (MARINS, 2004, p 269)

Nesse último aspecto, gestos que parecem pequenos e de pouco impacto na saúde da população podem fazer uma diferença se repetido e analisado posteriormente de forma mais globalizada. Uma orientação feita por um médico de família no momento de uma visita domiciliar ou mesmo de uma consulta em consultório pode ter um impacto tão mais significativo na saúde de um indivíduo e de sua família, quanto que uma prescrição (obviamente respeitando as indicações e especificidades de cada situação)

Assim, o exemplo abaixo descrito retrata com clareza o quanto um profissional pode estar envolvido com a lógica de atenção integral a saúde em todos os momentos em que estabelece contatos com a comunidade.

Falando dessa parte de alimentação, tem uma coisa que ta no contexto daquelas visitas domiciliares na área. Eu observo, quando eu ando em uma área de características rurais. Nos caminhos, eu vejo determinados roçados. Aí eu vejo aqueles “tucumãzeiros”. São vários pés de tucumã. Aquela fruta amarela, tendendo para o laranja, parece com pupunha. Pra fazer o roçado, eles queimam a planta. Isso me dá uma tristeza muito grande. Olha, eu já pesquisei o tucumã. Ele é riquíssimo em vitamina A. Ele dá de dez a zero na cenoura. Quando vejo aquilo, começo a conversar com eles, tentando dar alternativas pra eles, pra preservarem, pra que quando estiverem fazendo queimada, o fogo não chegue lá. Ensino pra eles que aquilo é bom pra eles, principalmente pras crianças. Comer in natura, fazer suco. Pra você ver como a gente pode penetrar na cultura do povo. Eu tenho dificuldade, mas tenho de continuar na educação. E eles fazem isso pra plantar mandioca, cujo valor nutritivo é muito mais abaixo do que o tucumã. Aquilo me entristece e eu tenho que alertá-los. Outra coisa, cada consulta com queixa de problemas respiratórios, eu falo: tem que evitar tapetes, ventilador. Aí quando chegou lá na casa e vejo o tapete. Tenho que falar. Não posso ficar calado. É essa vantagem que o médico de família tem. Ele vê in loco os problemas e tenta reverter. É difícil, porque os hábitos já estão arraigados. Como diz o ditado, “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura” Não sobra muito tempo pra atender essa parte educativa. Eu fiz agora um curso de uma semana só, de ‘Práticas Corporais de Origem Chinesa’. Quero repassar pros outros componentes da equipe e também pra população. Como os atendimentos demoram muito, a parte educativa eu tenho deixado mais a desejar. Então procuro fazer em cada consulta no boca a boca. Com isso, eu me desdubro mais ainda falando sobre os hábitos, higiene,

alimentação, os próprios exercícios físicos, que eu acho que vai ser benéfico pras pessoas. Aí quando você já viu, acabou o tempo. (Entrevistado 06)

De forma similar, esta outra médica age de maneira semelhante. Ou seja, tenta solucionar uma dificuldade existente em sua equipe de trabalho em momentos diversos, já que a própria equipe não instituiu as reuniões semanais como um espaço para que estas questões possam ser trabalhadas.

Como eu era só, tinha que resolver muita coisa. O que eu fazia: cada vez que eu saía com um ACS, perguntava quais eram os problemas da área dele e eu via que tinha um retorno bom. Por exemplo, um agente de saúde que não tava conseguindo desempenhar bem sua atividade, eu via porque que ele não tava conseguindo, então ele falava e ia modificando o que sensibilizava os outros agentes a ajudá-lo a desempenhar suas tarefas. Então, como nem sempre tínhamos um momento do grupo, acho que desse jeito conseguimos solucionar boa parte dos problemas de cada setor. (Entrevistada 04)

Atitudes como essa mostram o quanto existe de potencial criativo e de vontade de mudar em um indivíduo que atuam sob condições precárias. Mas diversos estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes do PSF já mostraram que essa prática do médico de família é possuidora de um potencial positivo de mudança. Outras pesquisas, porém, mostram que existem grandes limitações para que isso ocorra, ficando muitos profissionais aprisionados as queixas e limitados a reprodução de uma atividade repetitiva e pobre de criatividade. (RIBEIRO, 2004)

A esse respeito, em pesquisas como a de Ronzani (2004), sugere-se que os médicos de família apresentam algumas dificuldades para alcançar os objetivos do PSF, bem como problemas em se identificar com o perfil de trabalho no programa. Ainda por cima, não podemos deixar de lado a história insuficiente de recursos financeiros do setor saúde e a cultura institucional normativa de operacionalização das políticas no nível federal. Apesar disso, é possível reconhecer o surgimento de experiências inovadoras e exitosas em diferentes momentos das entrevistas realizadas.

Nessas experiências, podemos identificar que o campo das práticas como espaço privilegiado para o surgimento de numerosas inovações institucionais na organização da atenção à saúde. Essas inovações são construídas cotidianamente, por permanentes interações democráticas dos sujeitos com os serviços de saúde.

Vale ressaltar ainda a importância de valores fundamentados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter. Esse entendimento talvez auxilie na compreensão dos

sujeitos como seres coletivos e *resultantes da intersubjetividade que somos*, vivendo em espaços públicos. (MARINS, 2004, p 270-1)

Por isso, nesse trabalho se propôs investigar a respeito das práticas e das representações geradas a cerca delas, obtendo ainda informações a respeito das possibilidades de criação, tratadas por Castoriadis como capacidade criativa e incessante de significações.

As práticas do cotidiano dos médicos de família podem ser tomadas como fonte de criatividade e também de críticas, como percebemos nos trechos acima. Elas podem ainda potencializar ações emancipatórias e de liberdade. Aliás, alguns historiadores já chamavam a atenção para o papel das práticas na produção do conhecimento humano moderno, que sempre foram concebidas como um lugar de verificação de idéias, nunca de autorias. (MARINS, 2004, p 277)

Dessa forma, entende-se que a prática do médico de família não pode ser concebida apenas como um espaço de verificação de idéias, mas também de autoria de novas teorias, de novas significações. Essas significações, por serem constitutivas dos indivíduos, sobrevivem na vida social em nossos modos de ser e são expressas através das representações imaginárias que produzimos e verbalizamos.

Sendo assim, essas significações podem ser ditas como sociais porque são construídas pelo coletivo anônimo e incorporadas através da socialização da psique, mas que quando inseridas nas representações imaginárias produzidas pelos indivíduos são articuladas de maneira singular, já que o ser humano não é considerado objeto passivo no processo de significação do mundo, sendo considerado fluxo imaginário ativo que se apropria do que está posto como verdade sancionada, criando significações singulares

Dessa forma, pode-se pensar as representações imaginárias enquanto via de acesso aos sentidos que cada ser humano incorporou em sua socialização e/ou criou singularmente. É somente através da compreensão das representações de cada ser humano que se torna possível o entendimento de como ele significa sua realidade.

Assim, os indivíduos só podem se definir ou não como médicos de família, por exemplo, quando se vêem impregnados do conteúdo e da organização do meio em que vivem, e a partir de sua atuação profissional, criam algo novo, modificando a sua realidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização dessa pesquisa, pôde-se conviver de perto com a realidade dos médicos de família no Distrito Administrativo do Mosqueiro, tarefa essa tão recheada de prazeres e dores, tanto quanto esses profissionais experienciam em seu trabalho no dia a dia no Programa Saúde da Família.

Lançar uma lente de aumento sobre o trabalho desenvolvido dentro das equipes de saúde e focar o olhar, sobre a atuação específica de um só profissional, o médico, foi uma atitude no mínimo corajosa, que foi além do desejo de dar continuidade a uma Monografia de Especialização em Saúde da Família. Talvez esse tenha sido somente o ponto de partida e a fagulha que se avistava ao longe, como uma imensa fonte de possibilidades a serem exploradas: as representações dos médicos a cerca de sua própria atuação, tão discutida e muitas vezes criticada no meio da saúde pública.

Nesse trabalho pôde-se dar voz a essa categoria profissional, permitindo-se assim que se chegasse mais próximo de suas angústias e temores, bem como de suas necessidades e prazeres. Nele, pôde-se ainda perceber que para esses profissionais o Programa de Saúde da Família representa um lugar de passagem ou um laboratório para os que estão iniciando na Medicina, garantindo a eles uma possibilidade de adquirir conhecimento e experiências, enquanto não conseguem o que tanto almejam, uma especialidade (que não a Medicina de Família).

Os limites encontrados nesse trabalho foram importantes. Nele, foi possível perceber que a organização do trabalho no programa permanece ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individualizada, focada no profissional médico, em detrimento da equipe de saúde. Uma clara fonte de ilustrar esse fenômeno é o fato de que os próprios médicos reconhecem essa centralidade, sem contar com o fato de que, em unidades em que não existia médico trabalhando, inexistia qualquer tipo de atendimento ao público, mesmo que todos os outros membros da equipe ali estivessem.

Por isso, pode-se dizer que as equipes de saúde da família transitam num ideário permeado de contradições, em um eterno espaço de luta no qual os vários projetos dos indivíduos divergem e convergem. Nos diversos depoimentos dos médicos de família, evidenciam-se os conflitos decorrentes da posição dos mesmos, todos contextualizados em seus serviços de saúde, que deveria se efetivar como um lugar de construção de um novo modelo de produção da saúde, mas nem sempre se apresenta dessa forma.

Para esses sujeitos, a tarefa assistencial no âmbito da atenção primária é desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediária e micro dimensões.

É fundamental que as contribuições e dificuldades que permeiam a proposta do Programa de Saúde da Família não levem ao fim do mesmo, mas a modificar-se no sentido de melhor qualificação dos seus recursos humanos. Como assevera Ribeiro (2004), há concretizações e sonhos de novas pautas de condutas, de revitalização da prática desses sujeitos, política e socialmente diferenciados, bem como de novas parcerias e de mudanças institucionais, perpassando o PSF. (RIBEIRO, 2004)

Dessa forma, esperamos que esta dissertação possa se constituir como um instrumento que propicie uma análise local da situação vivenciada pela comunidade médica dentro do Programa de Saúde da Família e que os resultados apresentados e discutidos possam contribuir para um aprofundamento da discussão acerca das políticas de implantação e avaliação do PSF, já que este programa se propõe a melhorar a situação de saúde do país.

REFERENCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo 'novas autonomias' no trabalho. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Agosto, 2001. p.150-53.

ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. As relações entre alunos, professores e pacientes. In: MILLAN, Luiz Roberto [et al.]. **O universo psicológico do futuro médico: Vocação, vicissitudes e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 43-73.

AUGRAS, Monique. **“Mil janelas”**: Teóricos do imaginário. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

Belém da Saudade: A Memória da Belém do Início do Século em Carões-Postais. 2. ed. Ver. Aum. Belém: Secult, 1998. 278p.:il.

BLASCO, P.G. (1997). **Medicina de Família: Ciência e Arte com Metodologia Acadêmica**. Sobramfa. São Paulo. Acesso em 28/05/2008. Site: <http://www.hottopos.com/videtur22/pablo.htm>

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C.; A Transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Revista Ciência & Saúde**, 9(1):213-223, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

CASTORIADIS, Cornelius; COHN-BENDIT, Daniel. **Da Ecologia à Autonomia**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____. **As Encruzilhadas do Labirinto I**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **As Encruzilhadas do Labirinto III: O Mundo fragmentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **As Encruzilhadas do Labirinto IV. A Ascensão da insignificância**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Encruzilhadas do Labirinto II: Domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Feito e a ser feito. As Encruzilhadas do Labirinto V**. Rio de Janeiro: PD&A, 1999.

FALK, João Werner. **A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: Histórico e Perspectivas**. Fonte: <http://www.sbmfc.org.br/site/revista/default.asp> Acesso em 11/05/07.

FERNADEZ, P. et al, **Programa de Saúde da Família e as ações de nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo**. *Ciência & Saúde Coletiva*. – v. 10 n. 3 (2005) – Rio de Janeiro: ABRASCO.

FORTUNA, S. M. et al.; Velocidade e intervalo no tempo da saúde. In: SILVA ... FRANCOLLI, Lislaine Aparecida, BERTOLOZZI, Maria Rita. *A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo*. Manual de Enfermagem. São Paulo: USP; 2005. p. 4-8.

FUSCALDI, Solange. **Filhos sob medida de proteção em abrigo**: os significados construídos por suas famílias. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte: 2004.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GOULART, Flavio Alberto de Andrade. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

GUSSO, Gustavo. **A especialidade Medicina de Família e Comunidade**. Fonte: <http://www.apmfc.org.br/especialidade.htm>. Acesso em 05.09.06.

GOLDENBERG, Mirian. *A arte de Pesquisar*. Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2004

JUNIOR, A. G. et al.; **Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Novembro, 2004. p.54-6.

_____. Os desafios de estar na vida com os outros e da construção do trabalho em equipe. In: SILVA JUNIOR, A. G. et al. **Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Novembro, 2004. p. 63-5.

LEITE, C. C.; HORTALE, V. A.; Programa de Saúde da Família: supervisão ou 'convisão'? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2. Rio de Janeiro. Mar./abr.2004.

LINS, A.C. A.A. **O trabalho em equipe multidisciplinar sob a ótica dos profissionais do Programa de Saúde da Família**. *Trabalho de Monografia* (Especialização em Saúde da Família) – Universidade do Estado do Pará. Belém, 2006.

MATUMOTO, S. et al.; Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, set.2004/fev.2005. p.9-24.

MACHADO, M. H. *Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade*. – Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MARINS, João José Neves, REGO, Sérgio, LAMPERT, Jadete Barbosa, ARAÚLO, José Guido Corrêa (Org). **Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades**. Editora Hucitec. Associação Brasileira de Educação Médica. São Paulo, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2.ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco, 1993.

MIRANDA, José Feres Abido. **Educação médica**: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no internato médico. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis. 2002.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz. **Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico**. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 30 no.2 Rio de Janeiro. Mai./Ago. 2006.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. **O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS)**. (texto não publicado)

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; **Humanização das Relações Assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B.; Workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e de intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Agosto, 2000. p. 149-52.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Gestão em Redes: Tecendo os fios da Integralidade em Saúde**. EDUCS – CEPESC – IMC/UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

RAKEL, Robert E. **Tratado de Medicina da Família. O Médico de Família**. Capítulo 1. 5ª edição. Guanabara Koogan, 1997.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. **A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina**. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. v 6, n11, p.107-16, ago 2002.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. **A Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análises de trabalho no Programa Saúde da Família**. *Cadernos de Saúde Pública*. V. 20. n. 2. Rio de Janeiro. Mar./abr. 2004. Acesso: 11.08.05.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Práticas e crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.28, n°3. set./dez 2004. 190-197.

RONZANI, Telmo Mota; RIBEIRO, Mário Sérgio. Identidades e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.27. n.º3. set./dez.2003. 229-236

SÁ, Manoel R. Castro. A Modernidade Desencantada, a Crise da Medicina e o Imaginário Institucional. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.24, n.3, out./dez. 2000.

SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade). **Você Conhece a Medicina de Família e Comunidade?** Encarte informativo. 2006

SMS (Secretaria Municipal de Saúde) 2007. Dados do Consolidado das Famílias Cadastradas por Unidade no ano de 2007. Belém: SMS [dados não publicados]

SILVA JUNIOR, A. G. et al.; **Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Novembro, 2004.

SPAGNUOLO, R. S.; GUERRINI, I. A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. Espaço aberto. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, set.2004/fev.2005. p.191-4.

TAVARES, Maria Goretti da Costa . **Políticas Públicas, Turismo e desenvolvimento local na orla da Ilha de Mosqueiro, Belém-Pará**. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Universidade Federal do Pará. III Encontro da ANPPAS. 23 a 26 de maio de 2006. Brasília-DF. Site: http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro3/arquivos/TA663-07032006-212720.DOC. Acesso em: 15 de outubro de 2007.

TORALLES-PEREIRA, M. L.; FORESTI, M. C. P. P.; Formação profissional: reflexões sobre interdisciplinaridade. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Agosto, 1998. p.149-52.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro.v.14, n.2. abr./jun.1998.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928**. Santa Maria: Ed. Da UFSM; Bauru: EDUSC – Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.

WHO (WORD HEALTH ORGANIZATION). **Primary health Care**. Geneve, 1978.

WONCA (World Organization of Family Doctors). **A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)**. Barcelona, Espanha. 2002

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: As representações imaginárias do Médico de Família acerca de sua prática profissional.

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa consiste em compreender as representações imaginárias que os médicos de família que atuam no Programa de Saúde da Família do Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS), vinculados a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém-Pará (SESMA), possuem acerca de sua prática profissional.

Possui o objetivo de investigar as representações imaginárias predominantes nos discursos dos médicos de família que atuam no Programa de Saúde da Família do município de Belém, no Distrito Administrativo de Mosqueiro, acerca de sua prática profissional.

Os dados serão coletados através de entrevistas individuais semi-dirigidas, norteadas por um roteiro mínimo a ser seguido pelo pesquisador, sendo as mesmas gravadas. Dados pessoais relatados pelos pesquisados no momento da entrevista não serão utilizados e se manterão em sigilo, apesar da gravação das mesmas. Somente alguns trechos dos discursos dos entrevistados serão transcritos e citados literalmente na pesquisa, sempre obedecendo aos objetivos centrais do estudo em questão.

Poderá haver risco para os sujeitos relativos ao temor de que algumas informações por eles relatadas possam gerar desconforto dentro da dinâmica de sua atuação profissional.

Porém, entende-se que o conhecimento da forma como essa atuação se dá consiste em importante benefício para que os pesquisados repensem suas práticas, melhorando assim o que se fizer necessário.

Omissão de nomes e dados pessoais assegurarão o sigilo sobre tudo que se refere à participação do pesquisado, tendo o mesmo a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização alguma. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Em qualquer momento do estudo os sujeitos terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas.

Este projeto foi idealizado, conduzido e totalmente financiado por Ana Carolina Araújo de Almeida Lins (fone: 32254695), aluna do curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Este projeto tem como orientador o Professor Doutor André Maurício Lima Berretto, psicólogo e docente UFPA.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Ana Carolina Araújo de Almeida Lins

Endereço: Tv. Rui Barbosa, 1990, apt 401-b.

Fone: (91) 32254695 / (91) 91487473

Reg. Conselho: CRP10 01677

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como compreendendo seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados de material para exame através de entrevista gravada.

Belém, ___ / ___ / _____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-8028. E-mail: cepccs@ufpa.br.