

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
TESE DE DOUTORADO

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

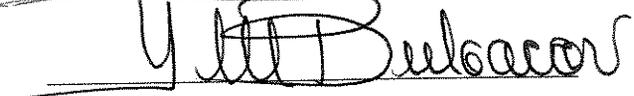
TRABALHO, EDUCAÇÃO E IDENTIDADE: PROBLEMATIZANDO A  
FORMAÇÃO E A PRÁTICA DO MÉDICO DO PROGRAMA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA CRISTINA MORENO MATIAS  
ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ ROBERTO HELOANI

Tese de Doutorado, apresentada  
à pós-graduação da Faculdade  
de Educação de Campinas, para  
obtenção do título de Doutorado  
em Educação

Data 26/02/03

COMISSÃO JULGADORA:


2003

200327889

UNIDADE	DE
Nº CHAMADA	UNICAMP
	M427t
V	EX
TOMBO BC	55323
PROC.	16-12-103
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	21/08/03
Nº CPD	

CM00188038-1

118 10 297 142

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecário: Gildenir Carolino Santos - CRB-8ª/5447

Matias, Maria Cristina Moreno.  
M427t Trabalho, educação e identidade : problematizando a formação e a  
prática do médico do Programa de Saúde da Família / Maria Cristina Moreno  
Matias. -- Campinas, SP: [s.n.], 2003.

Orientador : José Roberto Heloani.  
Tese (doutorado) -- Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Educação.

1. Médicos -- Formação. 2. Trabalho. 3. Identidade. 4. Família.  
5. Saúde. 6. Políticas públicas. I. Heloani, José Roberto. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

03-041-BFE

**Para meus pais:  
Domingos (in memoriam) e  
Maria**

## AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento de uma tese de doutorado provoca sentimentos ambíguos. Por um lado, o pesquisador em muitos momentos, sente-se infinitamente só. Por outro, para atingir o seu objetivo, ele convoca o orientador, os colegas de profissão, os amigos, os familiares e divide com eles os sonhos e as angústias. Pronto, a tese já não é só dele.

Esse é o meu caso. Muitos cooperaram comigo para que eu levasse a bom termo esta pesquisa. Quero, neste momento, externar meus agradecimentos:

Ao professor e amigo José Roberto Heloani por sua orientação cuidadosa e competente. O seu entusiasmo pelo trabalho bem como suas contribuições, nunca impostas, permitiram-me desenvolver a pesquisa com confiança e autonomia.

À Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas por proporcionar as condições necessárias para o desenvolvimento de meus estudos.

Ao professor Paulo Roberto de Carvalho, do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina (UEL), pela sua disponibilidade e valiosa contribuição a esta pesquisa.

Aos colegas e professores da área de Psicologia do Trabalho da UEL: Rosely, Therezinha, Rosângela, Aurora, Sebastião, Sônia Mansano, Bete, Cristiane, Regina Márcia, Alexandre e Alcides pela colaboração que possibilitou-me o tempo necessário para a conclusão deste estudo.

Aos meus alunos do curso de Psicologia, pelo interesse em participar da pesquisa e pelas proveitosas discussões. Com eles foi possível ampliar o campo de ação da Psicologia na área da Saúde Pública.

Aos médicos depoentes e aos profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa e sem os quais este estudo não seria possível.

À Sonia Gazziero, psicanalista, por auxiliar-me na infundável tarefa em busca de autoconhecimento e por não me deixar esquecer de minha condição humana.

Ao mano Paulo e sua esposa Rita que afetuosamente me acolheram em sua casa em Campinas (e pela companhia nas conversas com vinho à noite).

Ao Laerte, meu esposo e companheiro, pela tolerância em ouvir e discutir idéias e pelo apoio nas tarefas domésticas.

Aos meus filhos, Mariana e Gabriel que, compreenderam minha ausência em apoio ao meu desenvolvimento pessoal (e pelo uso **full time** do computador).

Finalizando, quero mencionar (com saudades) a amiga querida, professora Magali Cecili Surjus Pereira do Departamento de Psicologia Social e Institucional da UEL. Em primeiro lugar pelos laços afetivos construídos ao longo dos anos. Em seguida, por seus estudos realizados sobre o tema da identidade.

As pesquisas que Magali desenvolveu, com alunos de graduação e de pós-graduação em Psicologia, trouxeram importantes contribuições para o conceito de política de identidade. Enfocando ora o processo de socialização de crianças indígenas, ora o cotidiano de mulheres pobres da periferia da cidade de Londrina ou de trabalhadores sem emprego, Magali sensibilizou-se com os sentimentos, pensamentos, esperanças e aflições de indivíduos que tiveram suas subjetividades aviltadas. Com seus colegas de Departamento contribuiu de forma generosa para o desenvolvimento de pesquisas, e, comigo, se empenhou para que a chama do entusiasmo não se apagasse diante dos meus primeiros obstáculos.

Em agosto de 2002, Magali precocemente nos deixou, com muito trabalho produzido e tantos outros por realizar. Contudo, sua vida e seu trabalho, me inspira a continuar olhando para as realidades sociais, na perspectiva de investigar o cotidiano dos indivíduos e a aceitar o desafio de oferecer alternativas de intervenção visando a transformação das subjetividades, quando assim se fizer necessário.

MATIAS, Maria Cristina M. **Trabalho, educação e identidade: problematizando a formação e a prática do médico do Programa de Saúde da Família.** 2003. 216p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas.

## RESUMO

Este estudo compreende a identidade como um processo em contínuo desenvolvimento e tem o objetivo de investigar o processo de formação de identidade do médico do Programa de Saúde da Família. A pesquisa iniciou com o relato de profissionais da área de saúde que descreveram o seu cotidiano de trabalho e enfocaram: a organização do trabalho; o controle; a percepção de si e dos outros; as relações de poder, entre outros aspectos. A análise destes relatos possibilitou a escolha de dez médicos do Programa de Saúde da Família dos quais optamos por analisar sete com o propósito de conhecer as suas expectativas e experiências de vida e verificar a existência de típicos “médicos da família”. Posteriormente, dos relatos obtidos, optamos por selecionar dois depoentes com o objetivo de analisar o processo de formação de identidade, visto que reuniam características sintetizadoras dos outros médicos, o que possibilitaria identificar os personagens da identidade-mito do médico da família. A narrativa destes depoentes caracterizaram duas tendências: uma refere-se ao médico que internaliza e vive o papel social cristalizado do médico e a outra refere-se ao médico que tem possibilidades de desenvolver uma identidade emancipada dos papéis sociais. Na análise dos relatos verificamos que a família, a escola e o trabalho contribuíram ora facilitando, ora impedindo a possibilidade de reflexão e crítica dos papéis sociais e de reestruturação destes papéis pela ação dos indivíduos. As narrativas dos médicos mostraram que por meio de práticas críticas, eles podem desenvolver a reflexão em busca de uma identidade em emancipação.

**Palavras-chave:** trabalho; formação; identidade; saúde da família; políticas públicas.

MATIAS, Maria Cristina M. **Work, Education, and Identity: problematizing the formation and practice of the doctor involved in the Family Health Program.** 2003. 216p. Teses (Doctoral Studies) at Universidade Estadual de Campinas

### ABSTRACT

This study comprises identity as a process under continuous development and aims at investigating the identity formation process of the medical doctor involved in the Family Health Program. The research started with the report of professionals in the health area who described their daily work routine and focused on the following aspects: work organization; control; perception of oneself and of others; power relationships; amongst others. The analysis of such reports made it possible for the selection of ten doctors involved in the Family Health Program, of which seven were chosen with the purpose of our getting to know their expectations and life experience, besides verifying the existence of typical "family doctors". Further, out of the reports obtained, we decided to select two interviewees in order to analyze the process of identity formation, since they had the other doctors' synthesizing characteristics, which would favor the identification of the characters of the family doctor's myth-identity. The narrative of such interviewees characterized two tendencies: one refers to the doctor who internalizes and lives the doctor's crystallized social role, and the other refers to the doctor who has the possibility to develop an identity freed from social roles. In analyzing the reports, we verified that family, school, and work contributed either facilitating or hindering the possibility of reflection and criticism of the social roles as well as the restructuring of such roles by the individuals' actions. The doctors' narratives showed that, by means of critical practices, they can develop reflection in search of an identity being emancipated.

**Key-words: work; formation; identity; family health; public policies**

## SUMÁRIO

<b>I APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 A Escolha do Tema .....	15
1.1.1 Identidade.....	17
1.1.2 Identificação.....	21
1.2 Um Pouco de Minha Trajetória Profissional: Construindo o Itinerário Teórico-Prático.....	22
<b>II A PESQUISA .....</b>	<b>29</b>
2.1 Objetivos .....	29
2.1.1 Objetivo geral .....	29
2.1.2 Objetivos específicos.....	29
2.2 Delimitando o Estudo .....	29
2.3 O Universo da Investigação .....	30
2.4 A Abordagem da Pesquisa.....	32
2.5 A Utilização da Entrevista no Trabalho de Campo .....	33
2.5.1 Elaboração do roteiro das entrevistas .....	34
2.5.2 A análise das entrevistas.....	35
2.6 Referenciais Teóricos.....	37
2.7 Primeira Fase da Pesquisa: Estudo do Cotidiano da Equipe do Programa de Saúde da Família.....	38
2.7.1 O Programa de Saúde da Família em Londrina .....	39
2.7.2 Os informantes .....	41
2.7.3 Categorias de análise.....	43
2.7.4 Análise do conteúdo das entrevistas.....	43
2.8 Segunda Fase da Pesquisa: Estudo da Identidade do Médico do Programa de Saúde da Família .....	52
2.8.1 Os depoentes .....	53

<b>III POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	57
3.1 A Crise do Estado como Implementador das Políticas Públicas.....	58
3.2 O Ideário do Programa de Saúde da Família .....	63
3.2.1 As contradições do Programa de Saúde da Família.....	65
3.3 Políticas Públicas de Saúde e Gestão Participativa .....	68
3.4 A Dimensão Política do Programa de Saúde da Família: a Possibilidade de uma Prática Reflexiva Consciente.....	70
<b>IV A MEDICINA SOCIAL</b> .....	75
4.1 Caracterização Geral da Saúde.....	75
4.2 A Saúde na Perspectiva da Família.....	81
4.2.1 O conceito de família e a sua função disciplinar.....	84
4.2.2 O saber médico .....	87
<b>V O MUNDO DO MÉDICO DA SAÚDE PÚBLICA</b> .....	91
5.1 O Médico do Programa de Saúde da Família: Imagens e Realidade .....	91
5.2 A Escolha da Profissão.....	101
5.3 A Formação do Médico.....	107
<b>VI IDENTIDADE</b> .....	119
6.1 Papel Social.....	119
6.2 A Construção Social da Realidade .....	124
6.3 A identidade e sua Dimensão Política .....	126
6.4 A Identidade-mito do Médico e as Possibilidades de uma Identidade-metamorfose.....	127
6.5 A Identidade do Eu .....	135
<b>VII O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE IDENTIDADE DO MÉDICO</b> .....	137
7.1 A História de Álvaro .....	137
7.1.1 A escolha da profissão e a formação médica: a imagem idealizada do médico convencional.....	137

7.1.2 A prática médica ajuda a manter a identidade do médico convencional constituída na formação acadêmica .....	139
7.1.3 Para assumir a identidade do médico da família, Álvaro precisa negar sua outra identidade de médico-cirurgião .....	141
7.1.4 Perspectiva de futuro: é possível superar a identidade-mito e atingir a condição de “ser-para-si”? .....	146
7.2 A História de Jonas .....	149
7.2.1 A escolha da profissão: encanto e desencanto .....	149
7.2.2 O estudante “contestador” dá lugar ao médico que busca acertar na profissão e encontrar o seu lugar .....	153
7.2.3 O médico “comprometido” com a população vê poucas chances de ser reconhecido como médico na Saúde Pública.....	155
7.2.4 Perspectiva de futuro.....	158
7.2.5 A possibilidade de abandonar uma identidade convencional e exercer uma ação política.....	160
<b>VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>173</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>181</b>
Anexo 1 – Princípios da Saúde da Família .....	183
Anexo 2 – Conceitos, conhecimentos e habilidades da Medicina de Família .....	185
Anexo 3 – Regiões do Município de Curitiba.....	189
Anexo 4 – Atribuições do médico do PSF .....	191
Anexo 5 – Entrevistas com os médicos Álvaro e Jonas .....	193
Anexo 6 – Árvore temática do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.....	211

<b>APÊNDICES</b> .....	213
Apêndice A – Roteiro de entrevista .....	215
Apêndice B - Tabela 1 - Médicos do Programa de Saúde da Família (Curitiba).....	216

## **I APRESENTAÇÃO**

### **1.1 A Escolha do Tema**

O objetivo desta pesquisa foi investigar o processo de constituição de identidade do médico no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF). Com este estudo, pretendemos saber quem é este profissional que atua na saúde pública, em que ele difere dos outros colegas de profissão, ou a eles se assemelha, o que pensa sobre o seu trabalho e sobre si mesmo e, finalmente, como reage diante das expectativas que os outros membros da equipe de saúde, bem como os pacientes, têm a respeito dele.

Nesse capítulo introdutório, apresentaremos a justificativa para a escolha do tema, relacionando com a trajetória profissional da pesquisadora.

O quadro, que hoje se apresenta no Brasil, é de uma crise estrutural do setor público provocada pela fragilidade das políticas sociais e econômicas que tem como consequência o aumento da lacuna entre os direitos sociais garantidos pela constituição e a efetiva capacidade de atendimento pelos serviços públicos.

No campo das políticas públicas, o setor da saúde tem despontado como uma área farta de possibilidades de investigação, haja vista as necessidades de mudanças e as exigências de reformas no plano administrativo, organizativo, das políticas e de serviços de saúde.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, definiu, como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos no processo de consolidação do SUS, esses princípios ainda não foram atingidos em sua plenitude.

O modelo predominante de assistência é ainda caracterizado por práticas hospitalocêntricas, centradas na figura do médico, voltadas para as atividades curativas e com uma visão biologicista do processo saúde/doença.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde colocou em seu plano de Ações e Metas Prioritárias, as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários

como possibilidades de reorganização da atenção básica à saúde, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Essa situação indicou-nos a possibilidade de realização de pesquisa vinculada a problemas concretamente colocados por diferentes segmentos sociais: a administração pública e os usuários dos serviços de saúde.

À Psicologia, enquanto ciência e campo de atuação profissional, impõem-se novas tarefas à medida em que surgem questões sociais com suas implicações psicológicas. O psicólogo é então convocado a não só ocupar, mas também gerar um espaço de reflexão sobre os problemas que lhe são apresentados.

É certo que podemos reunir um grande número de estudos que foram realizados pela Psicologia no campo da saúde pública, dentre os quais, as pesquisas de Spink (1992), Campos (1992) e Martins (1994).

Contudo, chamou-nos a atenção o fato do Programa Saúde da Família prever uma transformação na prática sanitária, o que significa construir novas formas de relacionamento entre o serviço público, especificamente a área da atenção primária à saúde e à população.

Dessa forma, consideramos importante que estudos, que envolvem a Saúde, a Psicologia e a Educação, se voltassem também para essa dimensão da realidade da saúde pública que, como supomos, poderá conduzir para uma análise interessante desse Programa. Autores como Ciampa (1990), Fabro (1996), Alves (1997), Eça (1998) e Pereira (2000), entre outros, têm contribuído com uma produção de conhecimentos que abordam questões referentes ao processo de formação de identidade.

A nossa contribuição objetivou refletir sobre as contradições da proposta do PSF, que apregoa a transformação das práticas em saúde, e principalmente, investigar o processo de formação de identidade do profissional médico.

### 1.1.1 Identidade

Para Goffman (1999), os primeiros aspectos que observamos quando conhecemos alguém, nos levam a antecipar os atributos deste indivíduo, isto é, a sua identidade social. Estas indagações, posteriormente, transformar-se-ão nas expectativas que teremos em relação ao que deve ser este indivíduo que acabamos de conhecer.

As exigências ou demandas que temos em relação a alguém são baseadas em observações ou análises de situações passadas. São idealizações que fazemos de alguém e que Goffman denominou de *identidade social virtual*. Contudo, os atributos que realmente pertencem ao indivíduo é a *identidade social real*.

Uma distinção entre a identidade pessoal e a identidade social é apontada por Dubar (1998, p.5). A primeira refere-se a “o que sou/gostaria de ser” e a segunda refere-se a “como sou definido/o que dizem que sou”.

Com relação à identidade pessoal, há a pressuposição de que o indivíduo diferencia-se dos demais. Através dos meios de diferenciação, constrói-se uma história de fatos sociais contínua e única à qual juntar-se-ão outros fatos biográficos. Goffman (1999, p.76) enfatiza que “é evidente que para construir uma identificação pessoal de um indivíduo utilizamos aspectos de sua identidade social junto com tudo o mais que possa estar associado a ele”.

Enriquez (1997) utiliza a análise crítica de Green para dizer que a identidade remete a três idéias essenciais. A primeira refere-se à permanência, no tempo, de referências seguras e constantes. A crítica psicanalítica retomada por Enriquez destaca que “a constância não existe”, pois os indivíduos se desenvolvem e transformam-se à medida que têm que lidar com “suas contradições e conflitos”. De acordo com sua idade e responsabilidade, defrontam-se com situações sociais em que “têm que assumir o status social ao qual pertencem”.

A segunda idéia é a do “objeto separado, animado por uma coesão totalizante”, portanto, “uma unidade”. No entanto, o indivíduo é capaz de uma “pluralidade de pessoas psíquicas”.

E a terceira idéia é a de “similitude”. A identidade implica a capacidade de “reconhecer em mim minha parte conhecida e minha parte estranha” e de reconhecer como outro eu mesmo.

Enriquez assinala que, para a Psicanálise, a identidade pessoal de certo modo é ilusória. No entanto, é necessário pensar que, sucessivamente buscamos um “si” evolutivo, “mas mantendo um certo grau de coerência”, a partir de um estado incompleto.

Retornando à nossa investigação, a identidade social do médico da saúde pública comporta visões antagônicas: por um lado, existem expectativas, por parte da população atendida, no sentido de que esse médico seja “humanista”, “dedicado”; que “goste do que faz”; que “saiba ouvir as pessoas”; que seja “o médico que atende a população pobre”. De outro lado, ele também é visto de forma estigmatizada, inclusive por parte dos médicos de outras especialidades, recebendo rótulos, tais como: o “médico de postinho”; o “médico de chinelas”; o “médico de pobre”.

O que supúnhamos encontrar, baseada em pesquisas e trabalhos realizados anteriormente por nós e por acadêmicos do curso de Psicologia, era a existência de um aparente paradoxo: o médico do Programa de Saúde da Família, ao mesmo tempo que procura corresponder às expectativas da população e dessa forma obter o reconhecimento<sup>1</sup> (ser identificado) como médico ele é desqualificado (como médico) pelos outros colegas que atuam nas áreas especializadas da medicina em vista do estereótipo da profissão de médico da saúde pública.

De acordo com Goffman, quando se apresenta, através de certas evidências, com atributos diferentes de outros, o indivíduo poderá ser visto pertencendo a categorias menos desejável. Podemos perguntar se os médicos da saúde pública se enquadram nesta categoria.

Se o descrédito em relação a esse indivíduo (ou no caso, à categoria dos médicos da saúde pública) for muito grande e considerado uma fraqueza ou desvantagem, haverá uma discrepância entre a identidade social virtual e a identidade

---

<sup>1</sup> Goffman (1998, p.78), usa o termo *reconhecimento cognitivo* ao ato de colocar um indivíduo como “possuidor de uma identidade social particular ou de uma identidade pessoal particular”.

social real. As características que diminuem o indivíduo diante dos outros são denominadas por Goffman de *estigma*.

Ainda, de acordo com este autor, o indivíduo constrói a imagem que tem de si mesmo a partir do material com que os demais construíram a sua identidade pessoal e social, no entanto, ele terá uma certa liberdade em relação aquilo que constrói.

Portanto, esta idéia levou-nos a indagar como o médico do PSF, dada a ambivalência de vinculação a uma categoria estigmatizada, constrói sua identidade.

Para auxiliar-nos na discussão sobre o processo de constituição de identidade, referimo-nos ao estudo de Ciampa (1990). Para esse autor, cada indivíduo participante das relações sociais, forma uma identidade pessoal, já que possui uma história e um projeto de vida.

A idéia de identidade remete tanto à diferença quanto à igualdade. Os indivíduos se igualam e se diferenciam de acordo com o pertencimento a determinados grupos sociais. O conhecer-se é possibilitado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente, possui história, normas, tradições e interesses. Um grupo existe objetivamente através das relações entre seus membros, com o meio em que vive e através de sua prática, de seu agir (inclui o trabalho), fazer, pensar e sentir.

Ao discorrer sobre o processo de identificação, Ciampa assinala que conforme se pressupõe uma identidade é que os comportamentos vão ocorrer, caracterizando uma relação. No caso da relação entre médico e paciente, esta vai ocorrer sempre que alguém for identificado como médico e o outro, como paciente<sup>2</sup>.

Para Ciampa (1990, p.131), "interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso. A tendência é nós nos predicarmos coisas que os outros nos atribuem".

Ao interiorizarmos aquilo que nos é atribuído, "a atividade coisifica-se sob a forma de uma *personagem*" que existirá independentemente da atividade que a originou.

---

<sup>2</sup> Utilizaremos a nomenclatura "paciente" para as situações que envolvam a relação entre médico e paciente e "usuário" quando nos referirmos àquele que utiliza o serviço de saúde.

Assim, através de rituais sociais, reatualiza-se uma identidade pressuposta que é repostada como algo já dado. Com esse caráter a-histórico, a identidade se aproxima da idéia de um mito em que o social é reproduzido.

Podemos considerar que a identidade do médico, por um lado é fruto das relações sociais, por outro lado, é uma condição dessas relações. Há uma expectativa de que ele deve agir de acordo com determinado papel<sup>3</sup>.

Ora, ao refletirmos sobre o processo de formação de identidade do médico do Programa de Saúde da Família, estamos explorando o *personagem* da identidade-mito, o médico da saúde pública. Neste sentido, estamos interessados em investigar as possibilidades de mudança no *ser* médico, isto é, as possibilidades da identidade pessoal deste médico descolar-se da identidade-papel do médico da saúde pública. De certa forma, este profissional parece preso a uma identidade que lhe é atribuída, o que o impede de libertar-se das determinações exteriores.

Se o médico se vê impedido de libertar-se da identidade-papel, isto é, de transformar-se, provavelmente não terá capacidade de autodeterminação.

De acordo com Ciampa (1990), enquanto não desenvolvemos nossa consciência (enquanto não nos vemos como objetos para nós mesmos), o nosso nome ou um outro atributo, permanecerá como algo exterior. Ao começarmos a adquirir consciência de nós mesmos, começamos a refletir.

Para compreendermos o processo de desenvolvimento da consciência moral, recorreremos a Habermas (1990). Este autor, citando Kohlberg, refere-se aos níveis de desenvolvimento da consciência moral<sup>4</sup>.

No estágio pós-convencional, “a identidade de papel se quebra” posto que o Eu se retrai para aquém dos “papéis particulares”.

Neste nível, a identidade de papel é substituída pela identidade do Eu, isto é, quando o Eu generaliza a capacidade de superar uma antiga identidade, aprende

---

<sup>3</sup> Para Goffman (1995, p.24 ), haverá possibilidade de ocorrer um relacionamento social, quando um indivíduo ou ator “desempenhar o mesmo movimento” para o mesmo público em diferentes oportunidades. Dessa forma, um papel social abrangerá um ou mais movimentos e poderá ser representado pelo ator em diversas ocasiões “para o mesmo tipo de público ou para um público formado pelas mesmas pessoas”.

<sup>4</sup> Kohlberg utiliza o conceito de “estágio” para definir o processo de amadurecimento moral. Estes níveis são: o pré-convencional, o convencional e o pós-convencional. Este tema será retomado no capítulo de identidade.

a resolver crises de identidade, reconquistando “o equilíbrio perdido entre si e uma realidade social modificada”.

### **1.1.2 Identificação**

As organizações, vistas como um sistema de valores e normas, possuem uma maneira de pensar e compreender o mundo que orienta o comportamento de seus participantes (ENRIQUEZ, 2001). As organizações, como um sistema cultural, desenvolvem um processo de formação e de socialização dos diferentes atores com o propósito de que cada um se manifeste em relação ao ideal proposto. Assim, se o indivíduo identificar-se com a organização, se pensar somente por meio dela, se a idealiza colocando em risco sua vida privada, ele entrará, sem perceber, num sistema totalitário que representa para ele algo sagrado e que “legitima sua existência”.

Enriquez (2001) considera que o indivíduo, de um lado, é “um ator preso em uma história coletiva”, devendo assumir um papel social. Como membro de uma organização ele está submetido às suas regras e a seu espaço de liberdade. De outro lado, há a possibilidade de mudanças, porém difíceis, pois estas implicam questionamentos e transformações nas relações de poder ou de autoridade.

Em nosso propósito, estamos interessados em apreender como os médicos constroem sua identidade, e se, neste processo, eles são capazes de compreender o que se lhes determina e lhes fazem e se possuem alguma parcela de originalidade e autonomia.

Ora, o Programa de Saúde da Família propõe que, ao reorganizar-se o modo de assistir as pessoas, determine-se uma nova relação entre sujeitos, isto é, entre os profissionais da saúde e o usuário. Em última instância, trata-se da constituição de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário.

De acordo com Enriquez (2001), a possibilidade de mudança aumentará à medida que o indivíduo pode tornar-se “um sujeito de voz e ação”, que seja capaz de interrogar-se sobre si mesmo e sobre as estruturas de trabalho nas quais ele se encontra.

As reflexões sobre como se estruturam as relações sociais entre o médico e outros profissionais da equipe de saúde e sobre como elas são mantidas poderão levar à compreensão do processo de formação da identidade e à compreensão de como ela reflete a estrutura social, podendo conservá-la ou transformá-la. No caso particular do médico, significa pensar que a identidade pode ser constituída independente do desempenho de papéis determinados pelas normas e regras, sem submeter-se coercivamente a elas.

No caso particular do PSF, significa pensar nas possibilidades de reaprendizagem do trabalho à partir de novas relações entre sujeitos, nas quais tanto o profissional médico quanto o usuário possam ser produtores da saúde.

Enfim, em nosso propósito de estudar o médico do PSF, sempre esteve presente a reflexão sobre as políticas sociais. Consideramos importante ampliar o debate na área da saúde, no âmbito coletivo-público-social, em razão dos sucessivos movimentos de reorganização das práticas sanitárias decorrentes das articulações entre a sociedade e o Estado a fim de atender as necessidades e problemas de saúde.

## **1.2 Um Pouco de Minha Trajetória Profissional: Construindo um Itinerário Teórico-prático**

Em nosso trabalho como docente e pesquisadora envolvida com as atividades de ensino e pesquisa nas organizações, nos deparamos diversas vezes com questões novas, localizadas na esfera do trabalho, com implicações para a subjetividade do trabalhador e que nos instigaram a ampliar a compreensão sobre elas. As referências que apresentaremos a seguir, de algum modo embasaram a nossa atuação como supervisora de estágio em Psicologia Organizacional e do Trabalho.

Os estudos que desenvolvemos nos últimos cinco anos trataram da profunda perturbação das referências do pensamento do trabalho. Dentre elas estão as indagações sobre o trabalho como categoria central na sociedade contemporânea, como elemento estruturante da sociabilidade humana.

A importância e exaltação conferidas ao trabalho na sociedade ocidental concederam ao papel do trabalhador lugar de destaque entre os papéis

sociais representativos do eu. Ao papel social se juntam outras qualificações desempenhadas pelo exercício laboral que se substantivam e se presentificam, constituindo-se atributos definitórios do eu (atividade, conhecimento da comunidade, compromisso social, prazer, satisfação, entre outros).

Arendt (1981), ao referir-se à importância do **homo faber** no mundo contemporâneo, assinala que quando se tenta dizer “quem é”, a própria linguagem induz a dizer “o que alguém é”, reservando um lugar de destaque ao papel do trabalhador.

Na perspectiva marxista, o homem, graças a seu trabalho, conseguiu dominar, em certo grau, as forças da natureza, colocando-as a seu serviço, podendo modificá-la conforme a sua vontade. Assim, multiplica-se a capacidade do trabalho humano para transformar o mundo e o próprio homem. O modo de produção capitalista depende de uma tecnologia; desenvolve a ciência e a técnica que possibilitam o desenvolvimento das forças produtivas, libertando o homem do domínio da natureza, com a criação das condições de mudança das relações sociais de produção (MARX, 1983).

Marx, porém, demonstrou que no mundo atual o trabalho humano assumiu características desumanas. Na moderna indústria do capitalismo, os trabalhadores na sua atividade, não se realizam como seres humanos, pelo contrário; o trabalho é odiado e visto como uma obrigação pelos trabalhadores.

No sistema atual, segundo Marx, o trabalhador produz bens que não lhe pertencem e de cujo resultado final ele não tem controle. Dessa forma, o trabalhador não se *reconhece* no produto de seu trabalho. O produto, em razão de não pertencer ao trabalhador, apresenta-se como estranho e não como o resultado da sua atividade.

Marx denominou de *alienação do trabalho* “o fenômeno pelo qual o trabalhador, desenvolvendo a sua atividade criadora em condições que lhe são impostas pela divisão da sociedade em classes, é sacrificado ao produto do trabalho” (KONDER, 1976).

De acordo com a perspectiva de Castel (1995)<sup>5</sup>, nas sociedades industriais, o trabalho funciona como “grande integrador”, principalmente para as classes populares. Para tanto existe também, a integração familiar, escolar, política, cultural, entre outras.

Ao enfatizarmos, na contemporaneidade, a precarização do trabalho, poderemos compreender os processos que alimentam a vulnerabilidade social e produzem o desemprego. À condição do desemprego, enfatiza Castel, está presente um sentimento de inutilidade social que tende a se estender e desqualificar no plano cívico e político. Estando em situação de inatividade forçada, uma grande parcela da população ativa tem perdido a identidade constituída pelo trabalho.

Quando se avalia a degradação das funções integradoras do trabalho, não se quer perceber uma ausência total de vínculos, mas a “manifestação de um déficit de lugares ocupáveis na estrutura social”, onde estão associados a noção de utilidade social e o reconhecimento público. Trata-se de colocar o desafio do trabalho como forma de inserção na vida social.

Portanto, abordar o processo de precarização social (processo de perdas de direito social dentro e fora do trabalho) implica observar as mudanças sociais, políticas e econômicas ocorridas no contexto atual. Trata-se de ampliar a questão teórica sobre o processo de mundialização e incluir a discussão do papel da educação, que deveria ser interrogador, dos organismos internacionais, do Estado-nação, da sociedade civil, de empresários e de sindicatos de trabalhadores. Esta é uma árdua e importante tarefa, porém, em vista do foco de nossa investigação, não iremos ampliá-la neste estudo.

Uma outra contribuição sobre o estabelecimento de vínculos entre a vida social e a identidade dos indivíduos é apresentada por Sainsaulieu (apud SELIGMAN, 1994, p.118), para quem “o conceito de identidade designa simultaneamente a permanência dos meios sociais do reconhecimento e a capacidade para que o sujeito confira um sentido durável à sua experiência”. Assim, é o

---

<sup>5</sup> Castel atualiza o debate sobre as transformações no mundo do trabalho. Na atual dinâmica da modernização, a precarização do emprego e do desemprego são conseqüências das reestruturações industriais e da ênfase na competitividade. A diversidade e a descontinuidade das formas de emprego ameaçam superar o paradigma do emprego homogêneo e estável. Estando em situação de inatividade, o indivíduo estaria impedido de inscrever-se em estruturas portadoras de um sentido.

reconhecimento que promove a articulação entre os processos de constituição da identidade e os processos sociais. Perder os suportes de reconhecimento nos diferentes contextos de vida do indivíduo, como, por exemplo, o trabalho, pode significar que existe a ameaça de não encontrar mais sentido na própria vida.

Nos trabalhos que orientamos, considerávamos importante a compreensão da dialética entre a dimensão individual e a social na construção da identidade e dos níveis coletivos em que se constituem os processos psicossociais. Fomos então, em nossa trajetória profissional, adotando as contribuições teóricas da Psicologia Social que nos possibilitou a ampliação dos conhecimentos referentes aos aspectos psicossociais que constituem um dos focos da análise do trabalho.

Entre as diversas construções teóricas da Psicologia Social, a identidade social constitui-se importante contribuição para a compreensão dos aspectos psicossociais vinculados à situação de trabalho a qual caracteriza riscos para a saúde do trabalhador. Assim, podemos falar de uma Psicologia Social do Trabalho que se ocupa do “entendimento dos fenômenos de adoecimento relacionados à sujeição, como também para a compreensão das dinâmicas que se referem à luta dos trabalhadores contra a dominação” (SELIGMAN, 1994).

Para Sainsaulieu (apud DUBAR, 2001), as identidades no trabalho não são puramente consequência de situações objetivas. São antes “modelos culturais de organização”, “formas de enfrentar o poder”, e “definições de si e dos outros”. Estas identidades dependem tanto do lugar que os indivíduos ocupam fora do trabalho, como do lugar que eles ocupam no trabalho, bem como dos valores, crenças e representações que se têm na atividade profissional. Por fim, mais do que tudo, estas identidades dependem das relações vivenciadas no trabalho entre os diferentes atores, isto é, dependem de uma situação construída subjetivamente.

Em nossas pesquisas, o estudo desenvolvido por nós (MATIAS et al, 1998, 1999, 2000), na saúde pública com a equipe de profissionais do Programa Saúde da Família, permitiu a criação de um espaço novo de investigação e nos incentivou a prosseguir no intuito de ampliar a nossa compreensão neste campo, agora com a questão da identidade profissional.

Na verdade, descobrimo-nos estudando a saúde pública, quando em 1993, alunas do 5º ano de Psicologia, supervisionadas por nós na disciplina de Estágio em Psicologia Organizacional e do Trabalho, tiveram, em sua primeira inserção na prática organizacional, uma experiência frustrante. Alunas dedicadas que eram, interessadas em “atuar” numa organização com ideais de realizar transformações e reduzir o sofrimento dos trabalhadores, defrontaram-se com a rigidez dos dirigentes de uma empresa, formados numa cultura fechada ao novo, para quem conversar com os funcionários era visto como uma ameaça aos valores e normas vigentes. Apesar das dificuldades, conseguimos realizar um trabalho de diagnóstico durante o primeiro semestre acadêmico. Fizemos propostas, mostramos caminhos, porém estes dirigentes não quiseram comprometer-se com a mudança. Avaliamos as possibilidades de aprendizagem e de desenvolvimento de um trabalho valioso naquela empresa. Fomos honestas sobretudo com nós mesmas e encerramos nossas atividades naquele período.

No semestre seguinte, recebemos solicitação de uma das coordenadorias da Secretaria de Saúde do município de Londrina para realizar uma pesquisa com a equipe de profissionais das unidades básicas de saúde de uma das regiões da cidade. Logo houve o interesse por parte das alunas citadas em atender a solicitação. Primeiramente porque esta demanda partiu da instituição e segundo porque desenvolver pesquisa na área da saúde pública é trabalhar num ambiente onde, a princípio, a lógica não é a do lucro, mas da produtividade e qualidade, sem a acentuada visão economicista das organizações. De então em diante, todos os anos tivemos alunos engajados em pesquisas nas unidades básicas dos serviços de saúde, bem como, equipes interessadas no trabalho da Psicologia.

Finalmente, em 1997, a partir de discussões com o Prof. Dr. José Roberto Heloani, também docente do curso de Especialização em Psicologia Organizacional e do Trabalho, na Universidade Estadual de Londrina, pudemos constatar a existência de um espaço para investigação com a implantação do Programa Saúde da Família em Londrina, mediante o qual se articulam Psicologia, Saúde e Educação.

Com o desejo de continuar estudando este campo, engajei-me no Programa de Doutorado em Educação da UNICAMP no intuito de gerar um espaço de reflexão orientada, para dar uma contribuição mais elaborada.

## **II A PESQUISA**

Neste capítulo, apresentaremos os objetivos, o universo de investigação, enfocando o estudo que originou a pesquisa propriamente dita e a metodologia da investigação.

### **2.1 Objetivos**

#### **2.1.1 Objetivo Geral**

Investigar o processo de formação de identidade do médico inserido na equipe de saúde do Programa de Saúde da Família.

#### **2.1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar através dos depoimentos dos médicos como, mediante os conhecimentos adquiridos na sua formação, bem como em suas experiências de trabalho nas unidades básicas de saúde em contato com o saber do paciente, ele médico, constrói e exerce o seu saber e o utiliza como uma estratégia de poder.
- Verificar os elementos constituintes da interiorização de formas idealizadas (identidade-mito) no discurso médico e as possibilidades de sua emancipação de rótulos e estereótipos.
- Identificar o significado do trabalho para o profissional médico e os limites impostos pela organização do trabalho na saúde com conseqüências para a sua subjetividade.

### **2.2 Delimitando o Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida em duas fases distintas. Na primeira fase, realizamos um estudo sobre o cotidiano dos profissionais da equipe do Programa de

Saúde da Família na cidade de Londrina. Esta fase teve o propósito de fazer um estudo preliminar o qual, posteriormente, possibilitou o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita. Na segunda fase, realizamos o estudo do processo de formação de identidade do médico do Programa de Saúde da Família na cidade de Curitiba.

### **2.3 O Universo da Investigação**

O universo de nossa investigação foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídos em cinco regiões de uma cidade de 2.400.000 habitantes. Na época da delimitação da nossa amostra (1999) havia 45 equipes distribuídas em 31 Unidades de Saúde (US), com uma população de 315.000 habitantes, correspondendo a mais de 20% da população total do município.

De acordo com a Coordenação de Programas Especiais do Centro de Informação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde:

**[...] a Unidade de Saúde (US) do Programa Saúde da Família (PSF), trabalha com território definido e se responsabiliza por ele, realizando cadastros das famílias, mapeamento das microáreas, identificando situações problemas e planejando suas ações para promover a modificação positiva na realidade encontrada. Está baseada na equipe multiprofissional, no reconhecimento da família como espaço de vivência e como co-responsável na defesa/promoção da saúde, na oferta programada de atenção para grupos/famílias mais expostas ao risco de adoecer e morrer, no estabelecimento de parcerias com a própria comunidade e organizações nela existentes para o enfrentamento dos problemas locais, nas ações de promoção e prevenção presentes em cada contato com o usuário (Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba, 1999, p.5)<sup>6</sup>**

Em 1992, foi implantada a primeira experiência numa U.S. do município baseada no médico generalista. Nos anos seguintes, buscando apoio de outros serviços do País e de outros países para a capacitação da equipe e organização do serviço, foram implantadas outras unidades.

Em 1994, foi estabelecido contato com a Universidade de Toronto-Canadá, Departamento de Medicina Familiar e Comunitária, através do Hospital Cajuru-

---

<sup>6</sup> As citações de trechos de documentos do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde, acerca do Programa de Saúde da Família, serão destacadas em negrito no intuito de diferenciá-las das citações dos diversos autores mencionados neste estudo.

PUC no intuito de capacitar profissionais das equipes de saúde. De acordo com o curso básico ministrado por docentes da Universidade de Toronto, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba passa a utilizar como filosofia de trabalho, os princípios básicos de Medicina Familiar desenvolvidos pelo *Canadian College of Physicians* (Anexo 1). Atualmente, os médicos recebem informações novas sobre o PSF, por meio de cursos ministrados pela própria Secretaria Municipal de Saúde e/ou por outras entidades ligadas à área de saúde (Anexo 2).

As unidades de saúde pesquisadas, estão localizadas na periferia de cinco regiões do município (Anexo 3). A maioria delas está instalada em áreas invadidas pela população e que posteriormente foi assentada pela Prefeitura. Os moradores, em sua maioria, têm baixo poder aquisitivo, são migrantes de outras regiões do país e se fixaram no centro da cidade, em vilas e favelas à procura de emprego. As doenças mais comuns são: desnutrição, pneumonia, hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e respiratórios, alcoolismo, seqüela de AVC, entre outras.

Cada equipe é responsável por uma área geográfica com cerca de 1.000 famílias. Este critério por vezes é alterado de acordo com as características de densidade demográfica, acesso geográfico, situação de risco, entre outros.

Encontramos unidades de saúde onde as equipes atendiam toda a população da área de abrangência de acordo com a proposta do PSF, e em outras unidades, onde a população da área de abrangência é maior do que a especificada pelo programa, foram escolhidas famílias ou microárea de risco para o atendimento, conforme os princípios do PSF. O restante da população era atendida como demanda na própria unidade de saúde.

De maneira geral, estão vinculadas à mesma unidade de saúde 2 a 4 equipes que têm uma gerência (Autoridade Sanitária Local) e um enfermeiro.

A composição básica da equipe é de um médico, um dentista, um enfermeiro, quatro auxiliares de enfermagem, um técnico de higiene bucal, dois auxiliares de consultório dentário e o pessoal de apoio da Unidade de Saúde (auxiliar administrativo e serviços gerais)<sup>7</sup>. Durante a etapa de realização das entrevistas foi-nos informada, a introdução do Agente Comunitário de Saúde na equipe.

---

<sup>7</sup> Esta composição varia de acordo com disponibilidade de recursos do município.

Em relação à organização do trabalho do médico e dos demais membros da equipe, é feito um planejamento semanal em que as atividades são distribuídas no período de segunda a sexta-feira.

De acordo com Baduy (1998), as ações do PSF, caracterizadas como assistenciais, incluem as consultas médicas na US a partir da busca ativa dos usuários e consultas médicas na comunidade/domicílio, atendimento médico a intercorrências e urgências. As ações de prevenção compreendem visitas domiciliares, investigação epidemiológica, atividades de consultas médicas, palestras, reuniões visando atender os programas de imunização, saúde da mulher, da criança, controle de hipertensos e de diabéticos, entre outros. As ações de promoção da saúde representam as atividades realizadas sobre o meio ambiente, sobre as organizações e sobre as pessoas visando a mudança de atitudes. São desenvolvidas pela equipe de saúde através de reuniões com os Conselhos Locais de Saúde, escolas e com demais Secretarias. Por ações de gerência entendem-se as atividades que visam a organização do processo de trabalho através de reuniões da equipe, programação do cadastro, confecção de mapas dos distritos, elaboração de projetos, além de outras.

Preferencialmente, o médico da equipe preconizada pelo PSF deve ser um generalista. Segundo o Ministério da Saúde (1998, p.15), este profissional “deverá procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social” (Anexo 4).

## **2.4 A Abordagem da Pesquisa**

O presente estudo aborda temas como a identidade e a subjetividade, o que requer discutir a concepção de sujeito, a sua construção, os condicionantes desta e a relação com a sociedade. Portanto, fez-se uso da abordagem qualitativa para apreensão do fenômeno a ser estudado.

De acordo com Sato (1997), compreender a subjetividade significa conhecer os modos de ser, a dimensão da pessoa com suas expressões particulares de ver, sentir e estar nas situações e de construir realidades. Os modos de ser, embora particulares, não são individuais, mas remetem à história de vida, socialmente encaminhada.

Contudo, o estudo da subjetividade não se restringe ao que as pessoas pensam ou conhecem, mas ao que “faz sentido” para elas. Spink & Gimenes (1994, p.151) enfatizam que “dar sentido é sempre uma atividade cognitiva, implica no uso de conexões neurais habituais desenvolvidas pela experiência no enquadre das contingências do contexto cultural e social”. A articulação com o contexto cultural e social implica na interface entre o tempo histórico (refere-se aos “conteúdos imaginários derivados das formações discursivas de diferentes épocas” e o tempo histórico (refere-se aos conteúdos “derivados dos processos de socialização primária e secundária”).

Assim, são os processos sociocognitivos que sustentam o conhecimento. Tais processos não são autônomos, mas dependem intrinsecamente da história do indivíduo ou das formações próprias à cultura em que se está inserido.

Segundo Sato, o estudo da subjetividade pode-se dar no âmbito dos costumes, incorporando-se estes a hábitos, no terreno do indizível, pois, embora “estabelecido e cristalizado, não está formulado em lugar nenhum”.

## **2.5 A Utilização da Entrevista no Trabalho de Campo**

Os relatos orais foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas com a utilização do gravador, possibilitando o registro dos depoimentos em sua íntegra e dessa forma a liberação da pesquisadora para observar mais atentamente os gestos, expressão facial e emoções dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos depoentes, em seus consultórios na US em horários estabelecidos pelos entrevistados.

De acordo com Baktin (apud MINAYO, 1996, p.110), “a palavra é o modo mais puro e sensível de relação social”. Para esse autor:

Existe uma parte muito importante da comunicação ideológica que não pode ser vinculada a uma esfera ideológica particular: trata-se da comunicação da vida cotidiana. O material privilegiado de comunicação na vida cotidiana é a palavra.

Para Jahoda (apud MINAYO, 1996, p.108), a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários referentes a

[...] fatos; idéias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneira de sentir; maneira de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos.

A entrevista semi-estruturada parte de um roteiro e para Minayo (1996, p.121) “suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindas, obviamente, da definição do objeto de investigação”.

De acordo com Spink (1999), quando se utiliza a entrevista na pesquisa social, as perguntas tendem a focalizar temas sobre que os entrevistados talvez não tenham ainda refletido. Dessa forma, a pesquisa “convida os participantes à produção de sentidos”.

De fato, pudemos constatar essa possibilidade de reflexão quando ao final da entrevista, com o médico **Jonas**<sup>8</sup>, ele nos disse:

*[...] fiquei contente de você ter me perguntado isso. Me deu chance de...chegando em casa vou começar a reproduzir essas mesmas perguntas que você fez na minha cabeça, refletir um pouco sobre o momento que eu estou vivendo. Vou passar algumas horas refletindo o que a gente conversou aqui [...]*

O diário de campo também foi-nos muito útil para o registro das situações observadas durante a entrevista, bem como dos fatos, episódios ocorridos antes e depois dos depoimentos, acrescentando detalhes que nos auxiliaram na compreensão dos significados.

### **2.5.1 Elaboração do roteiro das entrevistas**

Como já esclarecido, a entrevista semi-estruturada baseou-se num roteiro determinado, com questões que nos orientaram na direção do objeto de pesquisa, porém procuramos interferir o mínimo possível na orientação das perguntas para não influenciar as respostas dos entrevistados. O que realmente importava era a visão do depoente sobre o assunto (Apêndice A).

---

<sup>8</sup> Faremos menção a este médico quando apresentarmos os depoentes da pesquisa.

É importante destacar que antes da elaboração do roteiro das entrevistas, obtivemos informações valiosas sobre as US, como as características da região e da população onde estava localizada a unidade, o espaço físico dessa unidade, o número de profissionais que compunham a equipe, o número de famílias atendidas, as moléstias e problemas mais comuns naquela área, além de outros dados. Essas informações foram obtidas com os coordenadores, auxiliares de enfermagem e médicos, sempre acompanhadas pela Autoridade Sanitária na visita aos setores das unidades de saúde. Em todos os casos, percorremos o bairro onde a unidade estava localizada para termos uma idéia das condições de vida dos moradores.

Na fase inicial de estruturação dos conteúdos verbais, formulamos uma questão de cunho geral: "Fale sobre o seu trabalho". Esta questão foi inicialmente apresentada a uma amostra de entrevistados que incluiu um representante de cada uma das categorias profissionais da equipe de saúde do PSF. Com isso, esperávamos que, ao perguntarmos ao entrevistado sobre o seu trabalho, de uma forma mais livre, ele apresentasse os conteúdos considerados significativos na sua maneira de ver. Essas verbalizações foram obtidas e gravadas e posteriormente transcritas. Procedemos, na fase seguinte, à leitura preliminar do material registrado. Através do procedimento de análise, obtivemos os temas que compuseram o roteiro de uma entrevista semi-estruturada.

Para atingir os propósitos da pesquisa, de acordo com os pressupostos teóricos, formulamos algumas perguntas deste roteiro da mesma forma a todos os entrevistados: médicos do PSF e informantes, como, por exemplo, a questão: "O que é para você ser médico do PSF?". Assim, poderíamos identificar as semelhanças e as contradições sobre o modo de pensar dos entrevistados quanto a um determinado aspecto. Contudo, em cada fase, a partir da análise dos depoimentos, novos temas surgiram e foram acrescentados ao roteiro de entrevista.

### **2.5.2 A análise das entrevistas**

O tratamento do material coletado foi realizado por meio da análise de conteúdo.

Para Bardin (1979, p.42), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas imagens.

Para cada entrevista, realizamos um diagnóstico do caso e, posteriormente, juntamos todos os diagnósticos individuais. Pretendemos trabalhar com a amplitude dos fatos, não com a frequência, mas isso não significa a redução da diversidade das vivências singulares, e sim, a apreensão destas vivências enquanto modos de inserção nas situações sociais das quais o depoente faz parte, sendo ao mesmo tempo o produto e o produtor (BRIOSCHI; TRIGO, 1992).

Numa primeira leitura das entrevistas, destacamos a palavra-chave com o intuito de identificar os tópicos gerais de cada depoimento. Posteriormente, realizamos uma reescrita de cada entrevista de uma forma geral, identificando os principais temas. Um esboço geral foi realizado no intuito de considerar aspectos particulares dos conteúdos.

Analisamos os depoimentos dos informantes buscando aprofundar e esclarecer os aspectos abordados nas entrevistas com os médicos.

Realizamos recortes das entrevistas de acordo com os temas obtidos anteriormente. As semelhanças encontradas nos relatos foram destacadas constituindo-se “famílias” de depoimentos. O agrupamento destas “famílias”, formaram as categorias propriamente ditas.

Em nosso projeto de pesquisa, havíamos sugerido a análise de possíveis categorias em vista dos pressupostos teóricos e os propósitos do estudo. Encontramos através das análises das entrevistas, categorias bem próximas àquelas pressupostas, a saber:

**a) Trajetória ocupacional:** envolve escolha profissional, tendo como base a formação acadêmica e a história de vida do entrevistado.

**b) Identidade individual e profissional:** essa categoria de análise inclui: representação de si mesmo e do trabalho; transformação de si mesmo; transformação com o trabalho. Trata-se de verificar a identidade mito (internalização de formas idealizadas, internalização da norma) e a mudança no ser médico (daquela que lhe é atribuída pela identidade-mito); analisar como ocorreu, se é que ocorreu, a passagem de uma situação antiga (o médico visto exclusivamente como aquele que realiza consultas e prescreve medicamentos) para uma situação nova (o médico envolvido com o trabalho em equipe, enfocando as ações preventivas e a participação da família e do paciente no tratamento); enfim, verificar as possibilidades do médico livrar-se dos rótulos e estereótipos, valorizando o trabalho da equipe multidisciplinar.

**c) Identidade coletiva:** aborda a imagem do outro: enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde; relações entre os profissionais.

**d) Organização do trabalho:** diz respeito às rotinas; conteúdo do trabalho; relações de poder (poder-saber) engendradas entre os membros da equipe de saúde e entre médicos e pacientes; condições de trabalho; sobrecarga de trabalho; insatisfação no trabalho; controle.

## **2.6 Referenciais Teóricos**

Quanto aos núcleos teóricos da pesquisa, destacamos:

Para o estudo das representações e do conceito de identidade deteriorada, seguimos Goffman (1988,1995).

Seguimos Berger e Luckmann (1995) para a compreensão do processo de construção da realidade objetiva e subjetiva.

Para a questão da identidade, utilizamos Ciampa (1994) com o conceito de identidade-mito e identidade como metamorfose.

Para tratar do desenvolvimento moral e identidade do Eu, utilizamos Habermas (1983,1990).

Para a categoria relações de poder, trabalhamos com Foucault (1977,1984,1986) visando analisar os mecanismos de poder, a história da medicina social e o nascimento da clínica.

Boltanski (1989) auxiliou-nos nas discussões sobre as questões que envolvem o saber médico (dito saber científico, oficial) e o saber tácito do paciente.

Enriquez (1994,1997, 2001) nos orientou nas discussões sobre as questões que envolvem o desejo de reconhecimento, a identificação, a interiorização da norma e o processo de constituição do sujeito.

## **2.7 Primeira Fase da Pesquisa: Estudo do Cotidiano da Equipe do Programa de Saúde da Família**

Inicialmente, como já dissemos, o propósito de nossa pesquisa foi investigar o processo de constituição de identidade dos profissionais que atuavam no Programa de Saúde da Família na cidade de Londrina - Paraná. Pretendíamos verificar a imagem que estes profissionais tinham de si, o que pensavam sobre o seu trabalho e como reagiam diante das expectativas que os outros membros da equipe de saúde, bem como o paciente, tinham sobre eles. Pretendíamos investigar se o que faziam, e os papéis que desempenhavam, podiam identificá-los como tal e se estes papéis estavam sustentados pela atividade ou por estereótipos.

Tratava-se, também, de focar o trabalho como um dos elementos essenciais na constituição da identidade.

Neste sentido, autores como Marx (1983) e Codo (1993)<sup>9</sup> nos auxiliaram na compreensão das relações do homem com o trabalho, o trabalho como “expressão concreta da subjetividade” do homem. As contribuições de Dejours<sup>10</sup> (1987,1994),

---

<sup>9</sup> Codo, reportando-se à análise de Marx, enfatiza que trabalhar “é impor à natureza a nossa face”. Independente do modo de produção ou da tarefa, a subjetividade do trabalhador é transferida para o produto. Mesmo quando o trabalho é alienado, sempre haverá uma carga afetiva depositada; quando o trabalho é realizado em condições gratificantes, o produto obtido é considerado satisfatório e se o contrário ocorre, imprime-se raiva ao produto.

<sup>10</sup> Dejours trata do conflito que contrapõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho (injunção do trabalhador). A organização do trabalho, de certo modo, é “a vontade de outro”. É a organização do trabalho que determina a divisão do trabalho e a divisão dos homens. Dejours aponta a contradição: desejo de trabalhar opondo-se à vontade do empregador que é a de dominar, de controlar, de explorar a

Seligman Silva (1994); dentre outros, permitiram enfocar a organização do trabalho e seu significativo papel nos processos relacionados à identidade, pois quando o indivíduo no trabalho, tem a identidade “atingida”, também terá atingida a saúde mental nos seus aspectos psicossociais.

Em nosso propósito, o estudo da identidade perpassado pelas relações de poder/saber no cotidiano da unidade básica de saúde poderia trazer à luz o efeito da identidade social enquanto rótulo nas relações sociais e institucionais. Dessa forma, as referências de Berger e Luckmann (1985); Goffman (1995) e Ciampa (1985,1990), nos auxiliaram na compreensão do processo de socialização e de produção de identidade.

Para Berger e Luckmann (1985), o mundo da vida cotidiana mostra-se como uma realidade certa, interpretada pelos indivíduos e “subjetivamente dotada de sentido” quando este mundo constitui-se de forma coerente para eles.

De acordo com Azanha (1992, p.62), os gestos, palavras e pequenos episódios, constituem a “substância do cotidiano”. Para este autor, “não há realidade humana desvinculada da realidade concreta de uma cotidianidade”. O cotidiano humano ultrapassa os “limites do físico”, revelando-se como conseqüência do social, portanto, do histórico.

Na presente pesquisa, o estudo do cotidiano, isto é, da linguagem, das relações, bem como dos gestos dos membros da equipe de saúde, foram potencialmente reveladores do modo de *ser* destes profissionais, tanto individual, como social.

### **2.7.1 O Programa de Saúde da Família em Londrina**

O PSF na cidade de Londrina foi oficializado em 1994 através da assinatura do convênio entre o município e o Ministério da Saúde. A estratégia foi concebida como Programa Médico da Família durante a elaboração do Programa de Governo do PT para a eleição municipal de 1992 e teve como inspiração as experiências desenvolvidas em Cuba.

---

força de trabalho. Nesse caso, o trabalhador “despossuído” de seu corpo físico e nervoso e domesticado, é obrigado a agir de acordo com a vontade de outro.

Em 1995, foi implantado em cinco distritos abrangendo também a zona rural. As equipes foram estruturadas mediante processo seletivo pela Prefeitura e cada uma delas foi constituída de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e um motorista.

A opção de implantar esse modelo, segundo seus planejadores, teve como perspectiva não se questionar a lógica de que saúde não se faz apenas com médicos e remédios, como também reintroduzir conceitos valiosos já esquecidos como solidariedade, apoio, participação, dignidade e confiança no relacionamento dos profissionais de saúde com a população.

De acordo com o Ministério da Saúde, o modelo de atenção, baseado na Saúde da Família, visa ações com participação da comunidade, entendendo que as famílias (pessoas-domicílios) ocupam espaços, estabelecem relações, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos, costumes e reproduzem concepções e cultura (BRASIL, 1995, p.5).

A estratégia do Programa de Saúde da Família prioriza as ações de promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes.

Para o Ministério da Saúde, a estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

Em Londrina, a escolha para a implantação do Programa de Saúde da Família em distritos e na zona rural foi motivada pela dificuldade de acesso daquela população aos serviços de saúde e de indicadores de saúde desfavoráveis. No momento de sua implantação propunha atender uma população de aproximadamente 20.000 pessoas que viviam nos distritos e zonas rurais, o que correspondia a 5,38% da população total do município.

Os entrevistados dessa primeira fase participaram da pesquisa na categoria de informantes com o intuito de auxiliar na orientação dos significados e na construção do processo de análise.

Inicialmente, foram entrevistados dois médicos que exerciam atividades no PSF em unidades de saúde de distritos do município de Londrina, duas enfermeiras que também exerciam funções de coordenadoras nas unidades de saúde, duas auxiliares de enfermagem. No período de obtenção dos depoimentos, os agentes comunitários de saúde, a pouco tempo integravam a equipe, de forma que seus relatos foram colhidos e analisados em outra ocasião e constam dos resultados de outra pesquisa<sup>11</sup>. Posteriormente, foram entrevistados dois médicos que exerciam cargos de direção na Secretaria Municipal de Saúde e um médico coordenador de curso de Medicina.

A escolha dos médicos que atuavam no PSF, em Londrina, se deu por desenvolverem atividades semelhantes às dos médicos de família, objeto de estudo da nossa pesquisa.

### **2.7.2 Os informantes<sup>12</sup>**

#### **a) Profissionais do Programa Saúde da Família - Londrina**

Carlos: médico, com especialização em Saúde Pública e homeopatia, atuando há dois anos no PSF de uma unidade localizada em um distrito do município de Londrina.

Ana: médica, com especialização em Saúde Pública, também atua há dois anos no PSF de um distrito do município de Londrina.

Laura: enfermeira, 39 anos. Na fase de entrevistas, exercia o cargo de coordenadora da unidade de saúde, realizava assistência e supervisão de enfermagem. Especializada em enfermagem do trabalho, estava há dois anos no PSF.

---

<sup>11</sup> Matias, Maria Cristina Moreno et al "Identidade e Trabalho: Um Estudo do Cotidiano dos Profissionais da Equipe do Programa de Saúde da Família". Relatório de Pesquisa; UEL, Londrina; 2000.

<sup>12</sup> O termo "informante" da forma como é utilizado neste estudo, pode ser compreendido como "participante", pois os informantes não apenas indicam, mas também participam da pesquisa.

Júlia: enfermeira, 22 anos. Coordenadora de Unidade de Saúde, há um ano trabalha no PSF.

Joana: auxiliar de enfermagem, 30 anos, trabalhava no PSF há dois anos.

Marta: auxiliar de enfermagem, 40 anos, trabalha há 20 anos em unidades de saúde e no PSF há dois anos.

Os depoimentos obtidos dos membros da equipe de saúde indicaram problemas referentes à implantação do PSF nos distritos de Londrina, mais especificamente, no âmbito da definição de políticas para este modelo. Desse modo, foi necessário averiguar com os médicos que ocupavam cargos de direção, o ideário do PSF, as estratégias para sua implantação e as dificuldades encontradas.

Através dos relatos, pudemos verificar também, aspectos relacionados à formação do profissional médico e, sendo assim, buscamos o depoimento de um médico, coordenador de um curso de Medicina.

**b) Médicos que exerciam cargos de direção e de coordenador de curso de medicina.**

Walter: médico, exercia cargo de direção na Secretaria de Saúde do Município de Londrina e havia possibilitado a implantação do Saúde da Família. Possui residência em cirurgia geral e pediátrica, especialização e doutorado em Saúde Pública.

Fábio: médico, gastroenterologista, sua trajetória ocupacional sempre esteve ligada ao Serviço de Saúde Pública, e, por ocupar cargo de direção na Secretaria de Saúde, participou da implantação do PSF no município de Londrina.

Manoel: médico com formação em Saúde Coletiva, coordenador de um curso de Medicina.

Os médicos que ocupavam cargos de direção, apesar de serem médicos com experiência em saúde pública, não viviam o cotidiano do médico de família. Sendo assim, a visão que possuíam seria diversa daquela dos profissionais médicos que atuavam no PSF. Dessa forma, as entrevistas elaboradas com os médicos ocupantes de cargos de direção na saúde pública, poderiam trazer opiniões divergentes em relação ao PSF e quanto a *ser* médico.

### **2.7.3 Categorias de análise**

Embora o foco de nossa pesquisa tenha sido a identidade como processo, pois este constituiu nosso objeto de pesquisa, nas entrevistas exploramos: a trajetória profissional; as representações acerca do PSF; a percepção dos profissionais sobre si mesmo e sobre o outro; as concepções sobre saúde/doença e o relacionamento entre os membros da equipe. Na análise que elaboramos do conteúdo das entrevistas, procuramos destacar os aspectos que possibilitaram detectar os principais temas e caracterizações significativas do trabalho dos membros da equipe de saúde. Cada um dos grupos forneceu informações e representações específicas, que constituíram, assim, conjuntos diferenciados.

### **2.7.4 Análise do conteúdo das entrevistas**

Apresentaremos a seguir uma breve síntese da análise de conteúdo dos depoimentos dos entrevistados da primeira fase da pesquisa.

#### **Representação de si e do outro**

Os relatos obtidos com os integrantes das equipes de saúde apontou-nos dificuldades referentes à alteração da imagem dos profissionais de saúde, tradicionalmente formulada pela população atendida, bem como da imagem de si mesmos formulada por estes profissionais. A análise que elaboramos do conteúdo das entrevistas permitiu perceber conflitos de identidade que se traduziam na dificuldade de garantir ações singulares e os saberes que eram próprios a cada profissional.

A noção de domínio do profissional médico pode ser notada tanto nos depoimentos dos próprios médicos, como nos outros profissionais da equipe. Essa representação social do médico, como veremos adiante, é engendrada pelos próprios profissionais médicos, por suas práticas, pelos membros da equipe, em vista da organização do trabalho na saúde e pelos usuários-pacientes que possuem expectativas quanto à atuação do médico. Vejamos o depoimento de Joana, nossa informante:

*[...] o auxiliar de enfermagem, ele é assim... ele é pouco entendeu? Ele sabe medicar, ele sabe fazer uma avaliação... só que o médico é muito mais interessante, não é? O auxiliar de enfermagem, ele tem muito pouco respaldo. Muito pouco. Medicação, entendeu? [...] a enfermeira pode, muitas vezes a enfermeira pode. Ela pode até mudar a conduta de um médico em relação a curativo, entendeu? Nós não. Nós somos aquilo que o médico... nós somos o que ele fala. Nós não podemos. Nós somos o que ele fala, o que a enfermeira fala, a gente não pode ser nada daquilo que ele não disser [...] Sei lá, auxiliar... eu gostaria de ser mais alguma coisa, entendeu? (Joana, auxiliar de enfermagem).*

Na narrativa de Joana, podemos perceber que, ao falar de sua profissão, ela refere-se às ocupações dos outros profissionais, como a enfermeira e o médico, atribuindo ao trabalho destes profissionais maior importância, poder e autonomia. O imaginário em torno do médico e a forma como o trabalho nos serviços de saúde está organizado, isto é, como centralizado o atendimento na figura desse profissional, contribuem para a manutenção de atitudes autoritárias do médico para com os demais membros da equipe.

A permanecer esta situação, os usuários, ao procurar os serviços de saúde, tendem a requerer exclusivamente os cuidados do profissional médico, mesmo quando os auxiliares de enfermagem estejam habilitados a prestar o atendimento.

Diante destas circunstâncias, as queixas desses profissionais referem-se à ausência de reconhecimento ao seu trabalho ou, se este ocorre, ele surge atrelado ao reconhecimento dos enfermeiros e dos médicos.

## Relações de poder-saber

O depoimento de Joana revela a relação de convivência dos médicos com as enfermeiras, um processo que lembra o que Foucault chama de micropoderes (circularidade do poder).

Afirma Foucault (apud HELOANI, 2002, p.10): que “observa-se assim que tal poder não se encontra concentrado ou localizado em algumas instituições ou no próprio Estado. O poder assim sendo seria circular e portanto seus efeitos estariam vinculados a manobras e táticas”.

A sede de poder leva a uma disputa entre o médico e a enfermeira, disputa esta nunca declarada, pois existe na unidade de saúde uma interdependência no trabalho de ambos. Helbani (2002, p.10), enfatiza que “o poder não se identifica com o indivíduo independente de sua origem. O locus não é privativo de ninguém. Daí o caráter de positividade em seu exercício”.

Em outro relato, podemos observar a necessidade de reapropriação desse poder pelo médico Ivo<sup>13</sup> nosso depoente, quando seu trabalho e o da enfermeira são interdependentes:

*[...] eu tenho que ver sem necessidade, porque a enfermeira não é... não está preparada e não é obrigação dela saber discernir se uma coisa precisa ser vista agora ou não. Qualquer febre elas acham que eu tenho que ver na hora. Deveria haver um médico triando os casos, só para fazer triagem, acompanhado de uma enfermeira ele delega: essa aqui vai para a consulta, essa aqui não, essa toma um remedinho e volta amanhã, volta depois de amanhã. Mesmo esse médico se veria em dificuldade porque a demanda é tanta e às vezes a mãe vê que o filho não tá bom, o médico sabe que não é nada preocupante, mas vai dizer para uma mãe que o filho não tá bom e que volte depois de amanhã porque a agenda tá cheia! Fica difícil.*

Dadas as limitações do trabalho dos auxiliares, é muito forte o sentimento de impotência, sentimento este que observamos também nos médicos. Porém, é Marta que nos traz esta situação:

---

<sup>13</sup> Faremos menção a este médico quando apresentarmos os depoentes da pesquisa.

*Aqui a gente tem que ser tudo, não é? Não só auxiliar de enfermagem como você tem que ser até psicólogo. Tem dias, às vezes, que o paciente vem para desabafar, tem todas essas coisas, situação financeira, não é? Tem coisas que a gente não pode resolver, às vezes isso dá uma angústia, mas ser auxiliar de enfermagem... eu me vejo assim... eu acho que posso ajudar muitas pessoas. Não posso fazer nada além daquilo que me é delegado, não é? Então ser auxiliar de enfermagem não é fácil. É uma coisa meio difícil, tem hora. Tem momentos que no trabalho... que a gente se decepciona, não é? Fica triste, às vezes acontece coisas. Tem momentos que o seu trabalho é reconhecido, tem momentos que não [...] (Marta, auxiliar de enfermagem).*

Marta parece se dar conta de que os problemas que os pacientes trazem para a unidade de saúde vão além da necessidade de cuidar de um corpo doente. Nesse caso, o *estar doente* pode representar muito mais do que um problema orgânico. Frente à impossibilidade de resolver os problemas dos pacientes, os auxiliares experimentam sentimentos de angústia e frustração.

### **A organização do trabalho**

Nos depoimentos de Joana e de Marta, observamos que a organização do trabalho na saúde, mesmo quando há a possibilidade de implantação de um modelo alternativo como o PSF, ainda dispõe, como numa pirâmide, do topo para a base, as categorias médica, de enfermagem de nível superior e de auxiliares de enfermagem, estando o trabalho dos últimos coordenados e supervisionados pela equipe de enfermagem.

De acordo com Pitta (1990, p.54):

[...] os atos técnica e socialmente mais qualificados, herdados, por sua vez, dos atos médicos, ficam com a enfermagem de nível superior, os enfermeiros que chefiam e supervisionam, por sua vez, a enfermagem de nível médio e elementar, auxiliares e atendentes, que executam o trabalho menos qualificado, expondo-se mais tempo aos pacientes, além de serem os que executam as tarefas mais intensas, mais repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas.

O trabalho dos auxiliares de enfermagem segue um padrão de desenvolvimento de tarefas seqüências e complementares evidenciando-se uma fragmentação do trabalho, a partir das normatizações técnicas prescritas, ou seja, a partir da própria organização do trabalho. Esse aspecto aponta para a situação de “*não integração das equipes de saúde*”, repercutindo no cotidiano das unidades e aparecendo em forma de queixa quanto à “*difficuldade de relacionamento*”.

Se as categorias de base estão submetidas a um maior controle sobre as suas atividades e mais sujeitas às normatizações do trabalho (rotinas, escalas, supervisão, controle de horário, entre outras), possuem menor autonomia e controle sobre a própria atividade, menor possibilidade de flexibilização, de decisão e responsabilidade quanto à forma de organização do trabalho.

A perspectiva da hierarquia instituída com base no saber leva à diminuição do poder e da autonomia das categorias de base, como a dos auxiliares de enfermagem.

No discurso da médica Ana podemos observar os problemas decorrentes da organização do trabalho na unidade de saúde em razão da centralização dos serviços na figura do profissional médico:

*O que é ser médico de família? Pergunta difícil, não é? É difícil ser médico de família, nessa... desse jeito que foi implantado e que está organizado Saúde da Família, porque sendo médico de família subentende-se que você deve dar conta da maioria dos problemas que a comunidade apresenta, só que a gente tem muito pouco apoio administrativo e estrutural e mesmo de recurso humano. Porque eu não gosto muito deste nome, médico de família. Eu acho que sozinha eu não faço nada.*

### **Representações sobre o PSF**

O uso da expressão “médico de família” ao ser implantado o PSF em Londrina pode ter contribuído para que a população criasse uma falsa expectativa que não seria possível realizar.

Uma das exigências feita com a implantação do modelo de Saúde da Família em Londrina, foi que os membros da equipe morassem próximos à unidade de

saúde. Isso, porém, não pôde ser cumprido. Houve relutância dos profissionais, principalmente do médico, em morar no distrito onde estava localizada a unidade de saúde. O breve tempo em que o médico morou no distrito, provocou relações conflituosas entre o médico, os demais profissionais e a comunidade local. Por outro lado, a equipe de saúde também encontrou resistência da população quanto a aceitar a nova forma de organização dos serviços de saúde, cujo atendimento tinha sua ênfase nas ações preventivas.

A expectativa da população, de que o serviço público pudesse possibilitar o atendimento de forma imediata e eficaz, somado, à proximidade com a unidade de saúde, provocaram o aumento da demanda dos usuários pelos serviços. Mesmo quando, na avaliação dos profissionais de saúde, o problema não se caracterizava como emergência, os usuários procuravam os serviços de saúde dirigindo-se às residências dos médicos e enfermeiros no período noturno, quando a unidade de saúde já estava fechada. A idéia era do *médico 24 horas*. A queixa dos profissionais era a de que a população desconhecia as características do Programa de Saúde da Família e as atividades da equipe de saúde.

Benevides (2001, pg. 202 ) aborda os aspectos da propaganda sobre o PSF nos meios de comunicação:

Ultimamente temos assistido a uma maciça veiculação do PSF na mídia, celebrando a imagem do *médico em casa* – um médico particular, exclusivo da família, completamente disponível para atender às suas mínimas necessidades, da dipirona ao marca-passo. A distância entre a imagem veiculada e a realidade é geradora de conflitos e pressões. As equipes do PSF estão prioritariamente instaladas em áreas carentes, com grande demanda de atendimentos. O elevado número de famílias cadastradas por equipe acarreta o estrangulamento do serviço em todos os níveis: das consultas na unidade aos exames especializados. Quando procuram por atendimento na unidade e encontram uma negativa, vão embora indignados, sentindo-se enganados e traídos. As famílias não atendidas pelo programa sentem-se excluídas de um serviço público ao qual deveriam ter acesso.

Os depoimentos que colhemos de nossos informantes mostram de um lado, a existência de um número elevado de pacientes que se queixam da falta de atendimento nas unidades de saúde, e, de outro lado, profissionais insatisfeitos com seu trabalho, alternando sentimentos de impotência e de frustração.

O PSF, ao tentar mudar o modelo de atendimento dominante na saúde, articula, segundo Merhy (1999, p.29), “um discurso de conotação populista voltado aos pobres, propondo-se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo à assistência à saúde”. Da mesma forma, com relação aos profissionais que vão atuar junto a essa população carente, exige-se um *perfil* composto de atributos tais como: dedicação, comprometimento e solidariedade.

O depoimento da enfermeira Laura, coordenadora de equipe, parece apontar para uma introjeção desse discurso oficial no perfil do profissional, principalmente do médico do PSF:

*[...] o PSF deveria ter profissionais compromissados, porque a gente sabe que tem profissionais interessados no salário. O salário da enfermeira, não é nem um pouco atraente, mas do médico atrai muito. Os profissionais que procuram, estão interessados no salário e não na proposta. Daí, depois não se adaptam na forma de trabalhar, só querem atender atrás do consultório e não em desenvolver grupo ou trabalho preventivo, educação em saúde, visitas ou inspeção sanitária. Então eu acho que tem que traçar um perfil e buscar esse profissional mais compromissado. Isso é fundamental.*

Dessa forma, o médico e os demais membros da equipe de saúde têm que comprometer-se com a proposta do PSF e ao mesmo tempo lidar com a imagem, formada pela população, a respeito dos profissionais da saúde, que, nesse caso, é bem próxima do modelo tradicional de atendimento à saúde.

O relato de Júlia, enfermeira e coordenadora de uma unidade de saúde, mostra sentimentos contraditórios com relação a seu trabalho no PSF:

*[...] a gente faz planejamento familiar e agora vai tentar fazer um grupo com as adolescentes da escola. Este ano nós tivemos paciente de 12 anos grávida. Então isso preocupa, porque querendo ou não, a gente... a equipe também falha quando acontece isso. Claro que a gente não é... Deus para controlar, mas tipo assim, você tem uma parcela de culpa, você entende? Então você tem que fazer educação em saúde, pelo menos assim, para tirar... é... ficar com a consciência livre [...]*

Podemos ver nesse depoimento de Júlia, a contradição da estratégia do PSF: ao mesmo tempo que os profissionais devem mostrar competência, isto é, devem apresentar habilidades diante de situações de pressão, também interiorizam a culpa por “sua incompetência”.

Este ponto remete ao debate sobre a qualificação, situando o problema sob dois aspectos. O primeiro aspecto é quanto às exigências de maior escolaridade e qualificação dos trabalhadores, principalmente quando estas não são necessárias para as atividades do cargo. O segundo aspecto é a indagação sobre como a educação formal e a qualificação profissional têm direcionado seu conteúdo no sentido de preparar o indivíduo para o trabalho (MATIAS, 2001).

Além disso, nem sempre as experiências e conhecimentos adquiridos pelos trabalhadores em outras situações que não só a escola, como, por ex., na família, o grupo de amigos, no trabalho, são reconhecidos e valorizados, desconsiderando-se aspectos da sua subjetividade (como forma de compreender o mundo).

### **A Pesquisa Conduz a Novos Caminhos: O Estudo do Médico de Família.**

A análise dos relatos obtidos através das entrevistas com os médicos e profissionais da saúde, apontou para a dificuldade de alterar a imagem criada, a respeito do médico que mantém relações autoritárias com o paciente. Foram apontadas, como causas desta situação, a ênfase dada pelas escolas de Medicina às especialidades na formação do médico, em detrimento a uma formação mais generalista e a forma como os serviços de saúde estão organizados, isto é, centralizados na figura do profissional médico.

No intuito de compreendermos melhor esta questão é que realizamos a entrevista com o médico coordenador de um curso de Medicina.

Este quadro, assim delineado, parecia mostrar-nos que havia necessidade de compreendermos melhor quem era esse profissional e que estávamos numa boa direção quanto aos nossos propósitos de estudar o médico de família.

Estávamos, portanto, frente a questões que, para serem compreendidas, demandavam investigações, tais como: Com a implantação do PSF,

esperam-se mudanças na postura do médico? Quais as conseqüências para esse profissional na esfera da subjetividade? Como foram construídas as novas relações entre a equipe e os usuários? Com a proposta de alteração do modelo dominante na saúde, quais as possibilidades de transformação do modo de *ser* do trabalhador da saúde, mais especificamente, do médico?

O que pudemos apreender a partir do estudo inicial sobre o PSF é que ainda há uma certa distância entre o discurso do novo, proclamado por estas diretrizes, com relação as possibilidades de avanço para uma medicina coletiva, e a real situação que é a manutenção de práticas tradicionais desenvolvidas no interior das unidades básicas de saúde, comprovada, por exemplo, pelo grande número de consultas realizadas, o que se aproxima mais do modelo curativo.

Citamos o depoimento de um médico do PSF entrevistado: “[...] nós não estamos fazendo Saúde da Família, nós estamos fazendo uma unidade básica de saúde melhorada [...]” (Carlos).

O modelo de saúde, para além do enfoque biológico, e a abordagem da família como objeto de intervenção no processo saúde/doença, trouxeram para os profissionais do PSF um estado de grande angústia, primeiramente, por não se sentirem preparados para atuar diante da complexidade das situações que surgem quando se adota este tipo de abordagem, e em seguida, pelo conflito vivido em virtude tanto da pressão por dar conta dos problemas quanto da dificuldade em reconhecer os limites de sua atuação.

O que nos chamou a atenção, ao tomarmos contato com a realidade dos médicos do PSF, foi o sofrimento a que estavam submetidos diante de seus conflitos internos, diante das expectativas da população quanto ao desempenho esperado e as reais condições de trabalho. Frustrados por não poderem corresponder a estas expectativas, alguns profissionais desistiram do projeto e boa parte dos que permaneceram buscaram compensações através de outros vínculos empregatícios, como, por exemplo, trabalhar em plantões de hospitais e no consultório particular.

Este estudo preliminar pareceu mostrar que estávamos às voltas com questões que, para serem melhor diagnosticadas, necessitavam ser enfocadas, tais como: a história da medicina em nossa sociedade, a formação do profissional médico e

o processo de constituição de sua identidade articulado com as relações com a equipe de saúde no que se refere ao poder/saber. Estas questões foram tratadas na segunda fase da pesquisa.

De acordo com Giddens (1995), não há possibilidade de uma investigação bastar-se, pois, durante o desenvolvimento do trabalho de investigação, surgem outros problemas. Dessa forma, um projeto de pesquisa pode levar a outro, visto que pode levantar questões que o pesquisador não havia considerado anteriormente.

Assim sendo, buscamos redefinir o quadro referencial da pesquisa, introduzindo o problema da identidade do médico do Programa de Saúde da Família. Então optamos por selecionar um número maior de profissionais médicos que atuavam no PSF e, para tanto, realizamos nosso estudo na cidade de Curitiba.

## **2.8 Segunda Fase da Pesquisa: O estudo da Identidade dos Médicos do PSF**

Na segunda fase da pesquisa, o estudo foi realizado com dez médicos de cinco unidades de saúde da cidade de Curitiba e que possuíam as características dos médicos do Programa de Saúde da Família (Anexo 4). Os depoimentos foram colhidos em dois momentos: novembro e dezembro de 1999 e posteriormente, em maio de 2001 (Anexo 5).

A aproximação com os entrevistados foi feita através da Secretaria de Saúde num contato inicial com a Coordenação do PSF junto à qual obtivemos informações sobre as unidades de saúde, o número de equipes e de médicos envolvidos neste projeto.

Dos **dez** médicos entrevistados, optamos por analisar **sete**, pois os outros três, ou foram parcimoniosos em seus relatos, pouco acrescentando para a compreensão do nosso objeto de estudo, ou apresentaram certa dissimulação em suas respostas, não revelando sentimentos.

Nesse tópico, procuramos explicar e descrever, de forma mais demorada, os personagens em questão.

### 2.8.1 Os depoentes

**Álvaro<sup>14</sup>**, 48 anos, casado, há seis anos trabalha em Saúde Pública e no PSF há quatro anos. Possui especializações nas áreas: Ginecologia-Obstetrícia, Anestesiologia, Pediatria e Clínica Geral. Já havia trabalhado como cirurgião em hospitais, consultório particular e exercido cargo de direção em uma instituição de planos de saúde.

**Elizabete**, 38 anos, casada, há quatro anos no PSF, com residência em Ginecologia, Especialização em Saúde do Trabalho e Saúde da Família. Já trabalhava em Saúde Pública havia cinco anos. Foi plantonista em hospital e trabalhou em consultório particular.

**João**, 35 anos, divorciado, há três anos no PSF, com residência em Medicina Preventiva e Social, Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família. Já havia atuado como médico sanitário; atualmente trabalha no PSF e como médico plantonista em um hospital.

**Paula**, 41 anos, divorciada, há três anos no PSF, com residência em Psiquiatria; formou-se em Psicologia Junguiana. Antes de entrar para o PSF já atuava em Saúde Pública.

**Márcia**, 43 anos, casada, há três anos no PSF, com especialização em Pediatria, Homeopatia e Saúde da Família. Antes do PSF, já havia trabalhado na Saúde Pública e em consultório particular. Faz plantões noturnos em um hospital.

**Jonas**, 42 anos, casado, há quatro anos no PSF, fez especialização em Homeopatia. Atuou em Saúde Pública desde a sua formação médica. Interrompeu o curso de Medicina durante dois anos, achava que não seria médico, depois acabou voltando e terminou o curso.

---

<sup>14</sup> Os nomes dos médicos depoentes são fictícios para manter o anonimato conforme nos propusemos e foram grafados em negrito para se destacar dos médicos informantes.

Ivo, 46 anos, casado, há três anos no PSF, com especialização em Cirurgia Plástica, atuou como médico generalista em um hospital e na Saúde Pública. Depois da especialização, ficou sem exercer a profissão durante cinco anos, atuando em outra área. Posteriormente voltou à atividade médica.

Para cada entrevistado, foram esclarecidos o objeto e os objetivos da pesquisa e o cuidado a ser tomado para garantir o seu anonimato. Foi interessante observar que todas as solicitações feitas aos médicos para participarem da pesquisa, foram atendidas de forma positiva. Em alguns casos, houve o interesse por parte de alguns destes profissionais em conhecer os resultados do trabalho. Algumas considerações como: *“é importante estudar o PSF [...] de fato é uma identidade em construção”*, animaram-nos com a possibilidade de contribuição com a pesquisa. As entrevistas duraram de uma a três horas.

Ainda, durante as entrevistas, procuramos ficar atentos ao real sentido do discurso dos entrevistados, procurando captar não só o que estava aparente mas também desvelar o que estava oculto.

As unidades de saúde, do estudo preliminar, estavam localizadas como já dissemos, em distritos do município de Londrina e aquelas em que atuavam os nossos depoentes, em regiões da cidade de Curitiba. Contudo, nas duas situações encontramos características semelhantes quanto à natureza do trabalho e à população atendida, que na sua maior parte é de baixa renda.

A escolha das unidades de saúde e dos entrevistados foi aleatória, porém, respeitou-se o critério de entrevistar pelo menos um médico por região (são oito regiões) que estivesse atuando no mínimo, há mais de dois anos no Saúde da Família. Nos bairros de maior densidade geográfica e com um número maior de médicos atuando no PSF, contamos também com um número maior de entrevistados. No total, obtivemos dez depoimentos, o que consideramos representativo em vista da diversidade das unidades de saúde pesquisadas, bem como dos entrevistados (tempo de atuação no PSF; idade; formação acadêmica; pós-graduação).

Ao término da análise das entrevistas, elaborada com base nos relatos dos informantes e dos médicos de família, objeto de nosso estudo, pudemos conhecer as expectativas e experiências de vida que permitiam observar a existência de típicos “médicos de família”. É importante ressaltar que não estávamos caracterizando esta tipicidade de acordo com a média ou com a maioria dos entrevistados, mas sim de acordo com o aparecimento de traços individuais de importância na determinação de características individuais básicas.

Finalmente, entre os relatos obtidos optamos por selecionar os de dois médicos que consideramos mais significativos. Nesta fase, foram selecionados os médicos **Jonas e Álvaro**. Estes indivíduos foram escolhidos por apresentarem características genéricas às quais pretendíamos chegar e porque também poderiam auxiliar na compreensão do processo de constituição de identidade do médico do Programa de Saúde da Família. Sendo assim, novamente os entrevistamos no intuito de realizar a análise do processo de constituição da identidade do médico visto que eles, em alguns aspectos, reuniam características sintetizadoras dos outros médicos, o que possibilitou identificar os personagens da identidade-mito do médico de família.

Portanto, estes indivíduos possivelmente estariam concretizando as tendências apontadas pelos depoimentos anteriores, fato que nos levou a colher os seus depoimentos na tentativa de encontrar aspectos convergentes e divergentes em relação à identidade-papel do médico.

Com a análise, foi feita uma tentativa de verificar as possibilidades de mudanças no “ser-médico” do PSF, do médico poder “descolar-se” da identidade que lhe foi atribuída. Enfim, investigar as possibilidades de emancipação do médico dos rótulos e papéis que compõem a identidade social do médico tradicional.

### III POLÍTICAS PÚBLICAS E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo, pretendemos abordar brevemente o tema das políticas sociais e de saúde pública, visto que, dentre as estratégias implantadas pelo Ministério da Saúde visando transformar a prática sanitária e garantir a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, o Programa de Saúde da Família passa a ser ponto central. Porém, apesar de um grande número de adeptos e do apoio de muitos profissionais da área da saúde pública, o PSF também recebe críticas de autores como Merhy e Franco (1999, p.1): “O PSF ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico”.

Portanto, abordar a estratégia do Programa de Saúde da Família significa abordar o campo das políticas sociais e de saúde nos dias de hoje, enfocando as diretrizes e orientações às quais se reportam. Mais do que isso, significa adentrar em um vasto e intenso campo de conflitos entre grupos sociais, Estados e interesses hegemônicos de um lado, e grupos sociais, Estados e interesses subalternos, de outro.

De acordo com Santos (2002), a emergência de uma nova divisão internacional do trabalho, baseada na globalização da produção, trouxe profundas implicações principalmente para os países periféricos e semiperiféricos.

O receituário neoliberal, dentre outras medidas, apregoa que as economias nacionais devem abrir-se ao mercado mundial ajustando seus preços aos preços internacionais; as políticas monetárias e fiscais devem ser orientadas para a redução da inflação e da dívida pública e para a vigilância sobre a balança de pagamentos; o setor empresarial do Estado deve ser privatizado; e, por fim, o peso das políticas sociais no orçamento do Estado deve ser diminuído.

Diante destas questões, parece relevante questionar: A centralidade do Estado-nação, enquanto unidade privilegiada de iniciativa econômica, social e política, está enfraquecida?

### 3.1 A Crise do Estado como Implementador das Políticas Públicas

Os anos 80 ou o Pós-Fordismo, podem ser caracterizado por três aspectos: desindexação dos salários, produção internalizada e Estado-Previdência reduzido (HELOANI, 1994, p.92).

A estruturação do Pós-Fordismo nos anos 80 e a crise na organização do trabalho, trouxeram como consequência, o deslocamento dos investimentos da produção para o setor de serviços.

Ensina Heloani (1994, p.92):

Ao concentrar os investimentos no chamado setor terciário, o capital gerou uma contradição entre os setores em expansão, que adotam novas tecnologias microeletrônicas, e os setores em estagnação – setores industriais, como siderurgia, eletrônica, confecções, etc.

Portanto, por um lado, tem-se o crescimento com a expansão de “cidades globais”, levando à internalização da economia e serviços. De outro lado, há um processo de estagnação em vista da desindustrialização de “velhas cidades industriais”.

Esta situação levou ao agravamento da distribuição de renda, principalmente porque se deu no contexto da desativação do Estado-Previdência.

Com a internalização da economia, intensifica-se a tecnologia microeletrônica gerando uma nova divisão do trabalho.

Com o intuito de obtenção de novos ganhos de produtividade, criam-se novas formas de gestão de produção.

As mudanças tecnológicas caminham com tal velocidade que tanto os trabalhadores quanto o Estado não conseguem intervir nelas para reduzir os efeitos perversos.

O próprio Estado não evolui na mesma velocidade do capital diante das novas tecnologias. Veja-se a disparidade entre os setores público e privado, neste último, as organizações modernizam-se mais rapidamente do que aquele. Por outro lado, o Estado sequer consegue finalizar esse processo de modernização que ocorre no setor privado, em parte por não compreender a verdadeira dimensão desse processo (HELOANI, 1994, p.71).

Para o enfrentamento desses problemas, segundo Heloani (1995), o Estado necessita ter uma visão macroeconômica da sociedade. A globalização da economia e a reestruturação do mercado internacional representam mudanças na ordem interna dos países envolvidos. Contudo, isso não significaria subordinar-se à lógica do mercado, mas estar “consciente da dinâmica do capital”. A negociação coletiva pode ser um instrumento de reequilíbrio social.

Com a globalização da economia, tornou-se necessária a participação dos atores sociais na tomada de decisões:

Neste cenário cabe ao Estado garantir o jogo limpo (fair play) entre os atores sociais. Não deve ser o principal propulsor das normas jurídicas, mas o sistematizador das normas que nascem dos sindicatos, das organizações, enfim, daquilo que Michel Foucault denominava micropoderes. Estes é que são os grandes catalisadores da sociedade, dos anseios e necessidades do ser humano (HELOANI, p.77).

De acordo com Santos (2002), o Estado tem desempenhado um papel ambíguo: externamente defende a diversidade cultural, mas internamente promove a homogeneização e a uniformidade. Através do poder da polícia, do direito, do sistema educacional e dos meios de comunicação social, ele comprime as culturas locais existentes no território nacional.

Para o sociólogo Octavio Ianni (1997), o processo da globalização mudou o quadro de referência das políticas. Tornou-se necessária a reelaboração das categorias básicas da ciência política dada as transformações derivadas do processo de mundialização. Entre as categorias do pensamento político que se vêem frente ao desafio imposto pela globalização estão: sociedade civil, Estado, sindicato, partido político, movimento social, opinião pública, povo, classe social, cidadania além de outras.

O que observamos é uma crise do Estado-Nação. Com a mundialização da economia, o governo nacional tem o seu poder decisório limitado. Com freqüência, vêm-se injunções externas em setores da economia, finanças, interferindo nas decisões e diretrizes governamentais. Na saúde e na educação, bem como em outras áreas, observamos as orientações, os financiamentos e as imposições de organizações multilaterais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. As

diretrizes dessas organizações muitas vezes aliam-se com os interesses das multinacionais ou de países dominantes na esfera do capitalismo.

Com a intensificação das injunções externas, há o enfraquecimento das forças sociais internas quanto à organização e às diretrizes do poder estatal. A reestruturação do Estado que vem acontecendo em vários países traz a desregulação da economia, a privatização de empresas estatais produtivas, a abertura de mercados e reforma dos sistemas de previdência social, saúde e educação entre outros processos.

Franco e Merhy (1999, p.19) alertam sobre as implicações destas diretrizes para a área da saúde:

Aplicar a agenda do Banco Mundial para a saúde, significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser garantido pelo estado. Esta proposta vai na contra corrente dos movimentos de reforma sanitária vividos em vários países, em particular no Brasil nos anos 70 e 80. De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento à criança. As ações de média e alta complexidade ficam portanto, ao cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo "consumidor". É a proposta de racionalizar custos do estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde.

Na reforma do Estado, as forças internas têm pouca ou nenhuma participação na definição de diretrizes que atendam as necessidades da sociedade civil. Ianni (1997, p.17) esclarece:

Visto que o Estado é crescentemente obrigado a atender às condições e injunções das organizações multilaterais e das corporações transnacionais, as orientações das forças predominantes na sociedade civil, no que diz respeito ao povo, aos setores sociais subalternos ou à maior parte das classes assalariadas não encontram condições políticas ou jurídico-políticas de realização.

Estão em jogo, portanto, as condições de construção e realização da hegemonia, tanto das classes e grupos sociais subalternos quanto de outros novos arranjos que englobam grupos subalternos e grupos dominantes que confrontem as diretrizes dos blocos de poder organizados nos moldes do neoliberalismo.

Contudo, a hegemonia cada vez mais está nas mãos das organizações multilaterais e das corporações transnacionais que influenciam governos estabelecendo

objetivos e diretrizes sobrepondo os interesses da sociedade civil no que diz respeito a políticas econômicas, transporte, habitação, saúde, educação.

De acordo com Nogueira (1997), com o enfraquecimento da autonomia e das capacidades do Estado-Nação, o processo de mundialização desorganiza o sistema político trazendo consequências para a democracia e para os partidos políticos. Também há menor participação popular, pois cresce o desinteresse político, diminui a disposição dos indivíduos de participarem politicamente. Diante disso, surgem iniciativas isoladas visando a defesa de interesses particulares mas desarticuladas da ação política, isentando o Estado de suas responsabilidades.

Vive-se um momento histórico-social de muitas contradições. O Estado-Nação precisa intervir de forma firme. Há necessidade de novas modalidades de gestão pública, mas as mudanças tão necessárias, vão sendo proteladas.

Para Neves (2001), em face das contradições no campo econômico e social no final do século passado, torna-se imprescindível “repensar o papel do Estado como articulador e implementador de políticas públicas e sociais”. Para a autora, com a crise do Estado-Nação e a crise do papel do Estado como implementador de políticas sociais e públicas, houve o enfraquecimento do papel e do sentido do público.

Diante disto é importante repensar o conceito de proteção social. Ao invés da expressiva ênfase na produtividade e na eficiência para o reordenamento da economia, importa a proteção social “sob a égide da ética da responsabilidade e dos princípios de justiça”. Diz Neves (2001, p.63):

[...] é necessário recuperar o sentido do público, hoje identificado como incompetente e atrasado para construir uma gestão pública baseada na definição e manutenção de regras de jogo justas e transparentes, que permitam o enfrentamento coletivo da reconstrução social.

### **Teoria Crítica da Globalização**

Diante do quadro de pluralidades e de contradições decorrentes do processo de globalização, as referências de autores como Boaventura Santos e Habermas, que trabalham com uma teoria crítica, podem auxiliar-nos numa reflexão

que possibilite a reconstrução da idéia de uma prática de transformação social emancipatória, transformação esta, também se espera, na esfera das políticas sociais.

Santos (2002, p.53) chama a atenção para os autores que centralizam as análises na globalização econômica e a partir da realidade dos países centrais. Para Santos, as teorias de reflexividade que estes autores empregam também incidem no mesmo erro de esquecer que, grande parte dos trabalhadores “vivem em regimes de acumulação que estão nos antípodas da acumulação reflexiva”.

A multiplicidade dos discursos sobre a globalização indica que é impreterível produzir uma reflexão crítica da globalização que compreenda as “complexidades dos fenômenos que ela envolve e a disparidade dos interesses que neles se confronta” (SANTOS, 2002, p.54).

A “vigilância reflexiva” é importante para diferenciar, por exemplo, a concepção tecnocrática do Banco Mundial e a concepção democrática e progressista da democracia participativa que tem sua origem na globalização contra-hegemônica.

De acordo com Santos, em uma economia e em uma cultura cada vez mais “desterritorializada”, é preciso combater os efeitos maléficos através de um conjunto de iniciativas que possibilitem a criação ou manutenção de “espaços de sociabilidade”, comunitários, baseados em “relações face-a-face” e orientados por “lógicas cooperativas e participativas”.

Para dar conta desta tarefa, Santos pensa em formas de socialização, de educação e de trabalho que promovam subjetividades incorformistas e capazes de indignação, que se rebelem contra práticas conformistas, rotinizadas e repetitivas. Enfim, uma prática social baseada no conhecimento orientado para a solidariedade e que seja capaz de inventar subjetividades individuais e coletivas.

Habermas (2003, p.14), por sua vez, destaca a importância das tradições lingüísticas e culturais para a formação e a preservação da identidade pessoal de indivíduos socializados e entrelaçadas com as identidades coletivas.

Visto que a individuação das pessoas naturais se efetua pela via da socialização, sua identidade, e por conseqüência também a integridade de uma pessoa jurídica só pode ser protegida se for garantido o acesso aos contextos de experiência, de comunicação e de reconhecimento nos quais cada um pode adquirir e estabilizar a própria identidade, expressar sua autocompreensão e seguir seu projeto de vida.

### 3.2 O Ideário do Programa de Saúde da Família

O Ministério da Saúde vem desde 1993, incentivando a criação do Programa de Saúde da Família, propondo uma mudança no modelo de assistência primária à saúde, que é tradicionalmente medicocêntrico e voltado para a doença. É realizado através de equipes formadas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde da comunidade.

Os seus principais objetivos são: a atenção integral, contínua e humanizada, a vigilância antes da doença e o aperfeiçoamento continuado dos profissionais.

De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF tem como objetivos específicos:

1. divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
2. promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
3. prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;
4. proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população na unidade ambulatorial e quando indicado no domicílio;
5. agendar o atendimento à população, com base nas normas e rotinas dos programas de saúde definidos no planejamento local em consonância com as diretrizes da SMS, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
6. humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
7. organizar acesso ao Sistema de Saúde;
8. ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no Sistema de Saúde;
9. promover a supervisão e atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
10. incentivar a participação da população no controle do Sistema de Saúde (CURITIBA, 1977, p. 2).

As equipes trabalham em regime de dedicação exclusiva e geralmente residem na área de atuação e são responsáveis por um certo número de famílias (800 a 1000 famílias) por região de moradia. A remuneração da equipe é maior que a de outros profissionais do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Unidade de Saúde do PSF trabalha em território definido confiado a sua responsabilidade. Em suas ações realiza

cadastro das famílias, faz mapeamento das microáreas, identifica situações problemas e planeja suas ações para transformar de maneira positiva, a realidade encontrada. A família é reconhecida como espaço de vivência e como co-responsável na defesa/promoção da saúde. Procura-se a formação de parcerias com a própria comunidade, o reconhecimento de organizações existentes nesta comunidade para o enfrentamento dos problemas locais, nas ações de promoção e prevenção presentes em cada contato com o usuário.

Contudo, o próprio Ministério da Saúde (1995) alerta para as dificuldades caso se tente mudar o modelo dominante na saúde:

**Além das dificuldades geradas pelas forças favoráveis à preservação do modelo atual, a entrada no cenário nacional de uma proposta estratégica para reversão desse modelo enfrenta dificuldades advindas de uma cultura de manutenção das velhas práticas. Nesses termos, a reconcepção de pensar e de fazer saúde não está dado, exige uma qualificação do ato de organizar e/ou reorganizar novas práticas, onde as operações possam concretamente transformar a realidade percebida pelas pessoas em seu cotidiano (BRASIL, 1995, p.3).**

Este quadro parecia mostrar que o processo de mudança estava articulado com a necessidade de reorganização das práticas em saúde e da construção de novas formas de relacionamento entre o serviço público, na área da saúde, e a população atendida. Contudo, a implantação do PSF em vários municípios, ocorreu sem que houvesse o planejamento adequado e se construíssem apoios políticos necessários para a mudança. Além disso, o envolvimento e a participação de representantes da comunidade atendida, durante essa fase do planejamento, em alguns casos, não ocorreu de forma desejada. Esse fato, pôde ser constatado quando, antes de iniciarmos nossa pesquisa, perguntamos a um médico que havia coordenado uma unidade do PSF, por que alguns profissionais sentiram dificuldades em atuar nesta estratégia, e até mesmo, desistiram do trabalho no PSF. Ele respondeu-nos que os médicos não souberam *ganhar* a comunidade e destacou as dificuldades da equipe no planejamento local conforme as diretrizes do PSF.

### 3.2.1 As contradições do Programa de Saúde da Família:

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96)<sup>15</sup> possibilita o financiamento aos municípios que adotarem o Programa de Saúde da Família. Além disso, a NOB estabelece o Piso de Atenção Básica (PAB) que substitui a remuneração por produção das consultas e procedimentos básicos ambulatoriais por um repasse calculado em um valor fixo per capita. Os municípios que desenvolverem o Programa de Saúde da Família recebem um percentual sobre o PAB, de acordo com a cobertura da população por este programa. Nos municípios pequenos este incentivo financeiro pode chegar a duplicar o montante do PAB.

Terence e Junqueira (2000, p.67) relataram:

Apesar da evidente e fraterna complementação da NOB com o projeto privatizante das Organizações Sociais (OS)<sup>16</sup>, vemos que mesmo antigos militantes da Reforma Sanitária brasileira de certo modo participam da quebra do SUS pelo Ministério e terminam por fortalecer a segmentação que vai sendo feita entre as ações básicas e o atendimento especializado-hospitalar, envolvidos pelos mais sofisticados discursos.

A crítica feita por esses autores é ainda mais contundente:

Na proposta de Bresser Pereira, a relação dos prestadores da atenção especializada e hospitalar com as pessoas atendidas é pontual, não sendo criado qualquer vínculo. A equipe que se vincular à família é apenas a do PSF, mínima e inevitavelmente centrada no médico (TERENCE;JUNQUEIRA, p.10).

De acordo com a análise realizada pelo Instituto Florestan Fernandes (2000), os municípios que não seguem a normatização do Ministério da Saúde e colocam em prática experiências próprias não recebem recursos, mesmo que desenvolvam ações similares às do PSF.

<sup>15</sup> Normas Operacionais Básicas são documentos do Ministério da Saúde que deveriam, em princípio, ter a finalidade de nortear a transferência de recursos financeiros, contribuir para uma definição mais clara dos papéis dos gestores federal, estaduais e municipais e disciplinar a organização da gestão.

<sup>16</sup> Organizações Sociais são entidades regidas pelo direito privado, têm financiamento estatal, mas são geridas por instituições do chamado terceiro setor, Organização Não Governamental-ONG, cooperativas, entidades filantrópicas.

Com relação a essas experiências particulares, Benevides (2001, p.202), médica no interior de Minas Gerais, relata sobre a dificuldade de *encaixar* os problemas de sua unidade nas rotinas do PSF:

Quando o PSF ainda era muito artesanal e pouco normativo, eu encontrei muito espaço para experiências criativas, como o 'passeio' informal pela comunidade para conhecer a região e as pessoas, as cirandas, as reuniões comunitárias, o uso de medicamentos naturais e o plantio das ervas medicinais mais utilizadas, em conjunto com a população. Com o crescente desenvolvimento de protocolos e exigências técnicas para o PSF, essas experiências mais soltas perderam espaço para atividades mais convencionais, como o atendimento médico tradicional, na unidade. Tenho assistido, especialmente nos últimos dois anos, a uma progressiva organização das ações desenvolvidas pelo PSF. Essa organização fortalece o programa enquanto ele é difundido pelo país e favorece a atuação clínica e epidemiológica em muitos aspectos. Mas, por outro lado, acarreta considerável burocratização e rigidez do trabalho, além de verticalização das decisões.

Outra questão apontada por Terence e Junqueira (2000, p.11) diz respeito à demanda de atenção à saúde mental, tal como formulada pelo Ministério da Saúde.

[...] na reduzidíssima equipe de Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde, apenas o generalista, figura central do PSF, será capaz de, além das suas atribuições como médico - que já não são pequenas face a complexidade tanto do conhecimento médico quanto do quadro epidemiológico nas sociedades contemporâneas - responder também às necessidades da população no que concerne ao seu bem estar psíquico.

Estes autores enfatizam também que com a instituição do PSF, o governo federal teria pretendido oferecer à população pobre apenas ações simplificadas de saúde, anunciadas como preventivas e certamente de baixo custo.

Com relação à implantação do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde propõe a participação de diversos segmentos da comunidade envolvida. Sobre este aspecto, apresentamos o relato do médico Walter:

*A utilização dessa estratégia implica no envolvimento da população no programa, em participação da população, na consolidação dos conselhos locais de saúde, em envolvimento das lideranças comunitárias com o programa, a relação entre a descentralização à partir da saúde da família e a democratização da saúde é fundamental [...] é preciso construir o Programa Saúde*

*da Família e ao mesmo tempo estimular a participação da população, a interação com a equipe.*

O que parece importante saber é como a estratégia do PSF foi construída e como ela está sendo utilizada, e, ainda, se as distorções do programa faz com que o profissional médico não possa exercer o seu papel.

O relato do médico **Jonas** parece apontar para uma contradição nas ações do PSF. Para ele, a atual política de saúde do governo, contraria as diretrizes desta estratégia:

*Enquanto está lá o médico no postinho sendo muito atencioso com a população e o ministro José Serra fazendo o discurso do médico de família, ao mesmo tempo está lá o Fernando Henrique Cardoso com uma política que arrocha salário, desemprega e o cara passa fome e por conta das condições econômicas do País. Então não dá para se iludir e achar que a gente vai melhorar o mundo, a Igreja faz melhor isso do que a gente, se for pegar a coisa por este aspecto, não é? [...] o paciente me trás o problema e o problema que ele me trás é o que eu procuro ajudar, mas fica evidente que a gente está trabalhando com questões assim sociais mesmo, assim de miséria, de falta de comida e de casa às vezes, não é? Então... isso é uma frustração também.*

O médico **Walter** enfatiza que a preocupação de determinados governos em priorizar as políticas sociais é sustentada por um ideário político-ideológico:

*O Brasil teve alguns embates político-ideológicos bem claros ao longo da reforma sanitária. Nesses embates político-ideológicos, estava muito claramente delimitado, naqueles períodos, quem era a favor da reforma e quem era contra a reforma. Do lado dos que eram favoráveis à reforma, você tinha o campo progressista do exspecto político. Do lado que era contra a reforma, você tinha o campo conservador do exspecto político [...] Hoje a coisa não está tão nítida assim, porque depois de restabelecido o estado de direito democrático, eu não vejo com tanta clareza isso. Por exemplo, no atual governo PSDB, existem muitos aliados da reforma sanitária e é um governo que está do ponto de vista econômico... a política econômica é claramente neoliberal. Estabeleceu-se uma contradição. Mas, a política econômica desse*

*governo tem propostas, que no frigar dos ovos, no trabalho final, trabalham contra o SUS. É só você ver a questão do financiamento, o país que está com a dificuldade de financiar as políticas de saúde, reduzindo de 89 para cá, a redução foi bem intensa, talvez tenha melhorado um pouquinho nos últimos anos, mas está longe do ideal. Então, essa contradição da política existe. A Reforma Sanitária é uma proposta democrática, tem que se dar no campo progressista, mas ao mesmo tempo, ela encontra essa política econômica hegemônica que é contrária a ela [...] o Brasil tem que adotar uma política econômica que não racione a política social e você não precisa necessariamente estar em um determinado partido político para isso. Mas você tem que estar alinhado a um grupo de partidos políticos que questione esta política econômica que aí está.*

### **3.3 Políticas Públicas de Saúde e Gestão Participativa**

Para o médico Walter, ao fazer-se um estudo de políticas sociais no Brasil hoje, tem-se que levar em conta, em primeiro lugar, as determinantes estruturais maiores que interferem nessa política. Eis o seu relato:

*O que se observa é o racionamento das políticas sociais que tem ocorrido, de forma mais nítida, no início dos anos noventa até hoje. Têm-se uma redução nos gastos com a maioria das políticas sociais. Por que? Porque você está em um contexto em que a opção do governo é de se alinhar a uma nova ordem internacional e para que esse alinhamento se dê, exige que metas econômicas sejam cumpridas, dentre elas, a promoção do ajuste fiscal que depende de um enfrentamento da crise da previdência segundo um determinado receituário, depende da redução do déficit público [...] Essas políticas, além de dependerem de determinantes estruturais maiores, elas dependem também da incorporação dos atores locais na formulação dessa política. Por exemplo, para implantar estratégia de Saúde da Família, você precisa ter o entendimento que os atores locais, os profissionais de saúde, as lideranças comunitárias, precisam se transformar em sujeitos do processo de mudança, para que eles participem dessa implementação da política do espaço local.*

Silva (2001, p.121), pesquisando as políticas locais de saúde, abordou as dificuldades em estabelecer o significado do termo *política*, pois seu conceito possui diferentes significados nas diversas áreas do conhecimento. Utilizou o conceito de

políticas públicas proposto por Salazar Vargas que se refere às diretrizes de ação adotadas para atingir um determinado objetivo: “[...] quando essas diretrizes ou cursos de ação são desenvolvidos por algum ministério ou organismo do governo, fala-se em políticas públicas”.

Contudo, de acordo com Silva, independente do conceito que se utiliza para políticas públicas, é importante considerar que elas se relacionem ao processo de “tomada de decisões pelo Estado”. Dessa forma, por força do poder que possuem, as autoridades políticas têm suas decisões como valores por todos.

A relação entre política e poder também foi tratada por Silva (2001, p.122):

Existe uma relação estreita entre política e poder, que se situa no limite entre decidir o que fazer – campo da política – e impor essa decisão aos outros – campo do poder. Essa relação associa o exercício do poder político à ‘luta pelo poder’, ou seja, ao conflito.

De acordo com Silva (2001), as políticas sociais são um tipo particular de políticas públicas. Nesse caso, o termo *social* é utilizado considerando-se as políticas sociais como responsáveis por atingir objetivos que dizem respeito ao bem-estar da população. Como exemplo, podemos classificar de políticas sociais, as políticas de saúde, de educação, de seguridade social, entre outras.

Um dos elementos básicos das Políticas Públicas é o sistema de decisões. Este é constituído pelo processo político que possibilita a formulação e a implementação de ações que deverão promover a efetivação da política. O SUS comporta um sistema de decisões que tem como característica vários processos políticos envolvendo diferentes áreas de poder.

Para Silva (2001), além do prefeito e do secretário da saúde, outros locais devem ser incorporados ao processo de decisões, já que, pelo aspecto legal, a municipalização da saúde deve possuir gestão participativa. De acordo com a legislação, os Conselhos Municipais de Saúde integram o sistema de decisões das políticas locais.

Em seu ideário, a Reforma Sanitária adota os princípios da equidade, descentralização, integralidade e participação popular.

A gestão participativa possibilita o envolvimento de atores sociais ao processo decisório das políticas de saúde. A institucionalização dos conselhos municipais e locais de saúde é que permitem a participação na gestão. Dessa forma, prestadores de serviço, usuários e associações de doentes podem influenciar na decisão das políticas locais.

O orçamento participativo, já institucionalizado em várias gestões, possibilita a educação política da população e legitima o sistema político.

Contudo, a possibilidade de um modelo descentralizado e participativo de gestão é atropelado no intuito de realizar mudanças. Falta fixar as prioridades, planejar corretamente a reforma, buscar implementá-la de forma realista construindo apoios políticos necessários (NOGUEIRA, 1997).

Quando se quer a descentralização e a participação da sociedade, permite-se o aparecimento da esfera pública de uma multiplicidade de interesses. Se a sociedade se fracionou e se apresenta com infinitas facetas, a política e os homens parecem não suportar tanta diversidade. Há pouca ou nenhuma continência para as tensões, demandas que emergem da sociedade e que impedem o desenvolvimento de recursos para lidar com situações adversas. O processo de descentralização participativa implica em aprender a lidar com novas exigências que são impostas aos gestores.

### **3.4 A Dimensão Política do PSF: A Possibilidade do Médico ter uma Prática Reflexiva Consciente**

Nas entrevistas que realizamos com os médicos, procuramos identificar as expectativas que eles tinham ao integrarem-se ao Programa de Saúde da Família.

O médico João, nos respondeu:

*É, eu não sei. A minha marca em relação a isto, foi o ceticismo, eu sempre fui muito cético em relação à questão de modelos, qualquer que seja, não sei se isto é uma questão psicológica, pessoal, mas não acredito em ácaros nem em Papai Noel e nem em panacéia de que determinado modelo vai mudar as coisas, o modelo assistencial. E como o Saúde da Família,*

*desgraçadamente vem com isso por trás: 'agora está resolvido o problema e tudo o mais', isso cria muito anticorpo para quem não trabalha com ele. Dá uma falsa ilusão, até para a população, esta sedução da proposta é muito grande, é uma falsa ilusão. Então o meu ceticismo era muito grande, viu? Mas, na lida, no trabalho, começamos a dar curso, ensinar, aprendemos muito e aí o negócio mudou completamente. Começamos a ver de uma outra maneira as coisas, a ponto de a gente achar que não era panacéia de jeito nenhum, mas que era um caminho bastante provado para atingir melhoria da condição de saúde da população.*

Esta narrativa, parece mostrar que de início o entrevistado preveniu-se contra a idealização de um modelo de saúde que tivesse pretensão de mudar a atual forma de assistência primária à saúde. Mas, à medida que foi desenvolvendo o seu trabalho no PSF, João acabou identificando-se com a proposta.

Para Marx (1999), toda vida social é essencialmente *prática*.

A subjetividade humana se revela num objeto produzido por ela e a objetividade do produto é a materialização externa da subjetividade (MARX apud CHAUI, 1995).

É pelo trabalho que os seres humanos estendem sua humanidade à natureza. Nesse sentido, o trabalho é *práxis*, é ação.

A produção de idéias, de representações e da consciência, está diretamente ligada com a atividade material. A consciência é gerada pelas relações concretas de vida, como o trabalho.

De acordo com Marx (1999, p.37), nossa consciência é determinada pelas condições históricas em que vivemos. Para ele, somos nós que fazemos a nossa própria história. No entanto, não a fazemos em condições escolhidas voluntariamente por nós, isto é, a *práxis* se realiza em condições históricas. Estas condições são postas pela divisão social do trabalho e pelas relações de produção.

[...] os homens, ao desenvolverem sua produção material e seu intercâmbio material, transformam também, com esta sua realidade, seu pensar e os produtos de seu pensar. Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência.

Se a *práxis* é socialmente determinada e se a consciência é determinada pelas condições sociais do trabalho, será que estes médicos, através de sua prática, podem interferir na mudança das políticas de saúde? A prática do médico do PSF pode contestar ou reforçar estas políticas?

O depoimento do médico **João** parece identificar possibilidades de mudança no atual modelo assistencial com a perspectiva do PSF:

*[...] o Saúde da Família não é panacéia. Quando você trabalha as questões das famílias, a gente esfrega na cara do prefeito, mostra o que está acontecendo, o que precisa mudar. E se não mudar, a gente vai ficar... tá, sofrendo, continuando trabalhando, sendo muito bonzinho, quem sabe a gente vai para o céu, mas a população, o perfil de padecimento continua o mesmo, sabe? As pessoas vão morrer um pouquinho depois, então com um pouquinho mais de dignidade. Para gente é muito pouco.*

O relato de **João** nos mostra a sua inconformidade quanto às condições de vida da população. Através de seu depoimento, podemos vislumbrar a possibilidade deste médico, na sua prática, refletir sobre a realidade com que se depara e sobre a sua própria condição.

A *práxis* para Marx é a prática com reflexão, diferente de uma teoria distante da prática, porquanto pode haver uma concepção de prática separada do conhecimento. No caso do profissional médico, há a possibilidade deste, por meio de sua prática, aprender com o corpo do paciente.

Portanto, havendo a possibilidade de uma *práxis* reflexiva, podemos pensar em transformação, podemos pensar neste médico interferindo nas políticas públicas de saúde e promovendo a melhoria das condições de saúde da população.

Em nossa investigação, estamos interessados em saber se esse médico da família pode transformar-se, libertando-se do papel tradicional e sentindo-se como um agente de mudança junto à população atendida. Será que sua ação poderá incorporar uma dimensão política?

A experiência de **Jonas** no cotidiano de sua unidade parece mostrar-nos essa possibilidade:

*O pessoal vem, traz alguns problemas para gente que às vezes você até se surpreende, você diz: 'mas será que é meu papel falar sobre isso com eles?' Algumas pessoas trazem o problema e você diz assim, não tem a ver com o médico, isso é a primeira impressão, logo fica claro que tem a ver com o médico, não é? Tem a ver com você estabelecer uma relação de confiança e eles estão trazendo problemas que estão preocupando eles em áreas que a princípio você diz que não tem nada a ver com medicina, com saúde [...] o que diferencia o médico de família é essa característica de ser um profissional que tem capacidade de trabalhar numa equipe multidisciplinar e disciplinar que vê a saúde como um processo, o processo saúde-doença como uma coisa muito maior como um mero acontecimento biológico, na vida da pessoa. Mas, porque tem esse entendimento biopsicosocial de saúde-doença e por isso mesmo ele tem uma capacidade de trabalhar com uma equipe tentando modificar os determinantes deste processo saúde-doença, que são questões econômicas, sociais, políticas e ambientais [...].*

O que pudemos apreender, tanto dos depoimentos dos médicos de família, quanto dos depoimentos dos médicos que atuavam em cargos de direção, é que a possibilidade de uma prática transformadora ultrapassa os limites do cotidiano das unidades de saúde. Nesse sentido, saúde depende de políticas macroeconômicas, microeconômicas e sociais e envolve relações comportamentais, ações institucionais e individuais. Vejamos o relato do médico Fábio, que exercia cargo de direção no PSF:

*[...] para mudar a saúde não basta somente ser um bom gerente de serviços de saúde... teria que ter uma atuação mais abrangente. A política de saúde deveria abranger não somente a Secretaria de Saúde, mas a totalidade dos serviços de saúde particularmente os que eram vinculados ao Sistema Único de Saúde, ou seja, para você contribuir para uma política de mudança e melhoria da qualidade de vida, a saúde não poderia restringir a um bom gerenciamento dos serviços próprios. Teria que haver uma mudança dessa concepção e capacidade de intervir sobre os serviços de saúde do município como um todo, lembrando que saúde seria as ações setoriais e é um dos componentes da melhoria de vida da população, integrada obviamente com outras ações de outras áreas, particularmente das áreas sociais, Educação, Assistência Social.*

No capítulo seguinte, retornaremos à proposta do Programa de Saúde da Família como uma estratégia para a alteração do modelo dominante na saúde pública. Nesta discussão, discorreremos sobre o processo de institucionalização da medicina a partir de uma abordagem histórica, tratando da prática da medicina, das táticas e técnicas disciplinares presentes nas relações de poder/saber.

## **IV A MEDICINA SOCIAL**

### **4.1 Caracterização Geral da Saúde**

A área da saúde na perspectiva coletiva, pública e social, tem historicamente passado por diferentes momentos de reorganização em suas práticas sanitárias resultante das discussões entre sociedade e Estado.

Para Foucault (1982, p.80) foi com o desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX que se “socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho”. Nesse sentido, o controle exercido pela sociedade sobre os indivíduos não se daria somente pela consciência ou pela ideologia, mas começaria pelo corpo.

No decorrer da evolução da medicina social no ocidente, não foi inicialmente como força de produção que o corpo foi alvo do poder médico. O problema do corpo e da saúde como da força produtiva dos indivíduos só foi colocado na segunda metade do século XIX.

A existência de uma polícia médica na Alemanha será colocada em ação no final do século XVIII e começo do século XIX. Sua função não será simplesmente observar os quadros de nascimento e morte, mas inteirar-se da morbidade nos hospitais, nas cidades e regiões em consequência dos fenômenos epidêmicos ou endêmicos. Quanto à prática e ao saber médicos, surgirá a idéia de normalização. As universidades, bem como a corporação médica, se encarregarão da normalização do ensino médico, ficando a cargo do Estado o controle dos programas de ensino e atribuição de disciplinas.

Tanto a medicina, quanto o médico, foram o primeiro objeto da normalização, estando, portanto, a prática médica, subordinada a um poder administrativo superior. O que havia antes da medicina clínica do século XIX era uma medicina estatizada.

Na França, no fim do século XVIII, o desenvolvimento da medicina social tem outra direção. Diferentemente do que ocorre na Alemanha, ela surge tendo como suporte não o Estado, mas o desenvolvimento das estruturas urbanas.

Com o desenvolvimento das cidades e o aparecimento de uma população operária pobre, o proletariado, também houve o aumento de tensões políticas nas cidades. Surge o que Foucault chamou de “medo urbano, medo da cidade”, o medo das oficinas e fábricas construídas, da população numerosa se amontoando, medo das epidemias urbanas e dos cemitérios que, cada vez mais numerosos, invadiam a cidade.

O medo urbano é característico da preocupação político-sanitária que surge a partir do desenvolvimento urbano.

A reação da classe burguesa, frente a esses fenômenos que a inquietavam, foi a adoção do modelo médico e político da quarentena, um regulamento de urgência que deveria ser utilizado quando surgisse nas cidades a peste ou uma epidemia violenta. O plano consistia em manter as pessoas em suas casas para serem localizadas em um único lugar.

Foucault (1987) refere-se à utilização de técnicas disciplinares, pelas instituições, visando a distribuição dos indivíduos no espaço. Os lugares são determinados para atender a necessidade, não só de vigiar, de acabar com as “comunicações perigosas”, mas também de “criar um espaço útil”. Este procedimento é adotado nos hospitais militares e marítimos. O porto é considerado um lugar de doenças e epidemias, de deserção e de contrabando. O hospital marítimo deve ser “um dispositivo” que realiza “uma apropriação sobre toda essa mobilidade e esse formigar humano, decompondo a confusão da ilegalidade e do mal”.

Antes da utilização das técnicas disciplinares médicas, é feita a distribuição fiscal e econômica com o controle dos remédios. Em seguida, é criado um sistema de vigilância dos doentes: sua identidade é investigada, “suas idas e vindas” são controladas, sua permanência nos quartos é forçada e os “contagiosos” são isolados.

Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico ( FOUCAULT, 1987, p.132).

Assim, é o poder político da medicina que individualiza, vigia e verifica o estado de saúde de cada indivíduo. É o olhar permanentemente controlador e que efetua os registros.

A medicina do século XVIII não era uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas das coisas como o ar, a água, a decomposição.

A medicina e a prática médica ganharam status científico através da urbanização. “O saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana” (FOUCAULT, 1987, p.92).

Na Inglaterra, não foram os pobres, os operários que primeiramente foram alvo da medicação pela medicina social. Pelo contrário, em primeiro lugar estava o Estado, depois a cidade e por último os pobres e os trabalhadores.

O pobre apareceu como perigo, no segundo terço do século XIX por razões políticas, isto é, durante a Revolução Francesa. Na Inglaterra, apareceu durante o período de agitações sociais.

Uma outra razão para medos políticos e sanitários em torno da população proletária foi a cólera de 1832 que começou em Paris e se alastrou por toda a Europa. Foi a partir deste período que o espaço urbano foi dividido entre ricos e pobres. A coabitação foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade.

Com a “Lei dos Pobres”, a medicina na Inglaterra começa a tornar-se social, pois implicava no controle médico do pobre. Contudo, a idéia de uma “assistência controlada”, ao mesmo tempo que ajudava os pobres nas suas necessidades de saúde, não permitindo que eles o fizessem por si mesmos, o governo também exercia um controle sobre a saúde das classes pobres e, conseqüentemente, protegia as classes ricas.

Dessa forma, o serviço médico visava a população em geral com medidas preventivas, isso é, intervindo nos locais considerados insalubres, efetuando o controle de vacinas e registros de doenças, no sentido de exercer o controle sobre as classes mais pobres.

Este fato desencadeou um movimento de resistência da população na Inglaterra na segunda metade do século XIX, suscitando grupos de dissidência religiosa contra a medicina oficial, a medicação autoritária e desencadeando a luta pelo direito

das pessoas sobre o seu próprio corpo. Como se referiu Foucault (1987, p.96) “o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”.

Com o desenvolvimento industrial, o Estado precisava efetuar um “controle demográfico e político da população”, controle este exercido junto às famílias no intuito de disciplinar a prática dos cuidados com os filhos e de prevenir as conseqüências da miséria e da pobreza.

Para tanto, uma das intervenções normativas ocorreu através da medicina doméstica que estimulava a política populacionista e reorganizava as famílias para a conservação e educação das crianças. A outra intervenção teve como alvo as famílias pobres através de campanhas de moralização e higiene da população.

Escreve Costa (1989, p.52):

[...] a filantropia, a assistência social e a medicina concentraram-se para manobrar os laços de solidariedade familiar e usá-los, quando preciso, na represália aos indivíduos insubordinados e insatisfeitos [...] a normalização torna-se indispensável ao funcionamento do Estado e tendeu a crescer e estabilizar-se num campo próprio de poder e saber, o do “desvio”, da “anormalidade”.

A medicina intervém com a higiene para transformar cada membro da família em um “agente da saúde individual e estatal”.

No Brasil Colônia, o Estado encontrou na família, fortes impedimentos para a consolidação do movimento higienista e reagiu reprimindo toda vez que o poder familiar se insurgia.

Na medicina, também pode-se observar esta oposição entre o Estado e as famílias. O processo de higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, defrontou-se, com freqüência, com hábitos e condutas de tradição familiar que levavam os indivíduos a resistirem aos propósitos do governo. Quanto a este aspecto, voltaremos a discutir quando abordarmos a medicina familiar.

A Revolução Industrial produziu um grande impacto sobre as condições de vida e de saúde da população. Nos países que atingiram um maior desenvolvimento das relações produtivas, como a Inglaterra, França e Alemanha, observou-se a organização das classes trabalhadoras e o aumento da participação política. As pautas de reivindicação dos movimentos sociais, neste período, incluíam temas relativos à

saúde. De acordo com Paim (2001), no período entre 1830 e 1880, surgiram nestes países propostas que discutiram a crise sanitária, basicamente como um processo político e social, recebendo em seu conjunto o nome de Medicina Social.

[...] postula-se nesse movimento que a medicina é política aplicada no campo da saúde individual e que a política nada mais é que a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade. A participação política é a principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa de que das revoluções populares deveria resultar democracia, justiça, igualdade, principais determinantes da saúde social (PAIM, 2001, p.5).

De forma concomitante, surge, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, um movimento em resposta à questão da ação do Estado no contexto da saúde, denominado Sanitarismo, que desenvolve um discurso e uma prática de saúde baseados fundamentalmente na “aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população” (PAIM, 2001, p.6).

Na década de quarenta e cinquenta, do século passado, nos Estados Unidos, em virtude dos reflexos sociais da crise econômica, do aumento da especialização e do uso da tecnologia na prática médica, discutem-se propostas para a implantação de um sistema nacional de saúde. Contudo, ao invés de uma reforma setorial de saúde, como a ocorrida nos países europeus, propõem-se mudanças no ensino médico dando-se, nos currículos, ênfase à prevenção.

Nos anos sessenta, ainda nos Estados Unidos, observa-se uma intensa mobilização popular em torno de questões sociais, tais como os direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza urbana e o racismo. São testados diferentes modelos de intervenção no contexto das comunidades urbanas, no sentido de ampliar a ação social nos campos da habitação, saúde e educação. Na área da saúde, um movimento é organizado e se fundamenta na implantação de centros comunitários de saúde, subsidiados pelo governo federal e administrados sem fins lucrativos, com a finalidade de realizar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população. Esse movimento ficou também conhecido como medicina comunitária.

A proposta da saúde comunitária inegavelmente recupera parte importante do arsenal discursivo da medicina preventiva, particularmente a ênfase nas então denominadas 'ciências da conduta' (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Nesse caso, entretanto, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destina-se não a facilitar a relação médico-paciente ou a gestão institucional em saúde, como no movimento precedente, mas sim a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades 'problemáticas', através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde (PAIM, 2001, p.7).

Os programas de saúde comunitária na América Latina são implantados principalmente na Colômbia, Brasil e Chile, patrocinados por fundações norte-americanas, com o aval da Organização Panamericana da Saúde, com a promessa de influenciar os sistemas de saúde do continente.

Em 1978, em Alma Ata a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, conduzida pela Organização Mundial da Saúde, reassegura a saúde como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos reconhecendo a sua inter-setorialidade.

De acordo com Paim (2001), no Canadá, em 1974, a definição das bases de um movimento pela promoção da saúde está contida no Relatório Lalonde, onde se estabelece um modelo composto por quatro pólos: a biologia humana que envolve aspectos da maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; o sistema de organização dos serviços que trata dos componentes de recuperação, curativo e preventivo; o ambiente, que envolve o social, o psicológico e o físico; e o estilo de vida, em que se consideram a inclusão no emprego, os riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer.

Na década de oitenta, nos Estados Unidos, são desenvolvidos programas acadêmicos propondo a mudança de estilo de vida através da modificação de comportamentos considerados de risco, como o hábito de fumar, o sedentarismo e outros.

No início dos anos 90, o Banco Mundial, em parceria com a Organização Mundial de Saúde, atualiza os princípios do movimento da promoção à saúde, "incorporando a questão do desenvolvimento econômico e social sustentado como importante pauta extra-setorial para o campo da saúde".(PAIM, 2001, p.9).

Nesse tempo, os organismos financeiros internacionais adotam a visão neoliberal e a impõem aos países que almejam entrar para a “nova ordem” do capitalismo mundial.

Em resumo, este tópico teve como objetivo, apresentar alguns aspectos dos movimentos que historicamente construíram o campo social da saúde.

#### **4.2 A saúde na Perspectiva da Família**

A história da abordagem sanitária da família foi destaque nas obras de autores como Donzelot (1986), Costa (1989), Foucault (1994), dentre outros, enfocando a questão da aliança entre a medicina e o Estado, em função de uma política higienista comum que investiu na família ou remodelou-a.

O enfoque na família enquanto objeto de intervenção sanitária é anterior ao PSF. Na década de 70, instituições como a Organização Mundial da Saúde, o Fiocruz e o INAMPS, mobilizaram esforços em torno da formação do médico de família. Enfatizaram-se a necessidade de “humanização da medicina” e o combate ao “especialismo”, e estimularam-se os programas de médicos generalistas e de família.

É ponto central no Programa de Saúde da Família o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, mais especificamente,

**[...] a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida à partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constróem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (CURITIBA, 1999).**

Vejamos o que os depoentes e informantes disseram com relação à estratégia baseada no atendimento à família:

*Quando a população descobre realmente do que se trata, e isso ela acaba descobrindo sem querer, porque ela vai sendo envolvida, é que ela percebe a grande magnitude, é muito mais do*

*que isto, do que atender, do que esse jargão popular, político, que Brasília tem. Para eles, Saúde da Família é médico em casa, e quando na verdade não; se trabalhar a família em si é uma outra... não quero desgastar o termo, mas é como outra ferramenta mesmo de trabalho completamente nova, sabe, que junta a questão sociológica, de antropologia cultural, e junta um profissional, outros profissionais, uma equipe que realmente tenta compreender o padecimento e adoecimento das pessoas e tentar melhorar isso aí (João).*

*[...] vê o caos que está o atendimento na saúde, é o atendimento às pessoas cada vez mais impessoal, cada vez o médico botando menos a mão no paciente e mandando mais para o aparelho. Os exames complementares é que vão fazer o diagnóstico, não é? Pela minha vivência tem muita gente que quer isso mesmo, prefere invés do papo, prefere ir para o aparelho, mas a grande maioria das pessoas quer ser escutada, não é? Então o saúde da família é um programa que permite isso, permite conhecer o jeito que essa pessoa vive, sua cultura, entender melhor o sofrimento dela e assim ter condições de uma intervenção mais efetiva, tentando ser eficaz, muito humildemente (Ana).*

Carlos, também médico informante, relata o que é para ele o PSF:

*O Programa de Saúde da Família eu acho que é a única alternativa que se aproxima da formação em medicina comunitária [...] o Saúde da Família é uma nova forma de ser organizada uma unidade de saúde primária que diferencia da unidade tradicional, no sentido daquilo que a bio-medicina propõe que é o atendimento ambulatorial: queixa-conduta. Queixa-conduta quer dizer: o indivíduo entra, faz uma queixa, você toma uma conduta e a partir do momento em que o indivíduo sai da porta para fora, se interrompe o elo. Então eu diria que é uma forma de você organizar a unidade de saúde primária não só no sentido de atender sua patologia, mas sim de conhecer esse indivíduo, portanto, de você romper essa barreira da porta do consultório ou a porta do posto de saúde e estende esse relacionamento um pouco mais além disso, até a casa do indivíduo.*

Pode-se observar, nestes depoimentos, uma crítica ao modelo dominante de atendimento à saúde com a incorporação exacerbada da tecnologia e a ênfase nas especialidades, mostrando a crise em que atualmente vive o sistema de saúde.

Os entrevistados apontam para a necessidade de construção de uma nova relação entre médicos e usuários dos serviços de saúde que contemple uma atitude mais humanizada. Essa atitude parece ser compreendida como empatia pelo usuário- paciente, como saber ouvi-lo e acolher seu sofrimento.

De acordo com Carvalho (2000), alguns serviços de saúde implementaram o acolhimento e escuta humanizada, observando que este processo reduziu o número de internações e de receituário de medicamentos. Isso também aumentaria as possibilidades de usuários e pacientes reelaborarem suas histórias de vida e os motivaria a sentirem-se mais participantes na transformação de seu cotidiano de vida.

Os serviços públicos vêm colocando uma ênfase maior na escuta das queixas da família ou de algum de seus membros. Têm-se observado que o acolhimento e escuta empática (não mais burocrática, mecânica e fria destinada pelos serviços), por si sós, atuam como detonadores de solução de problemas ou de busca ativa e cooperativa de solução por parte do usuário do serviço (CARVALHO, 2000, p.18).

Bastos (2001, p.10) por sua vez, realiza uma análise crítica das implicações que podem surgir ao definir a família como objeto de intervenção nas ações do PSF e aponta um problema:

[...] diz respeito a uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal da família, que repercute pervasivamente no plano das políticas públicas. Como exemplos, pode acontecer que sejam ignorados grupos familiares originados fora do vínculo matrimonial civil ou religioso, ou que não tenham emprego ou residência minimamente estáveis. Assim, excluem-se ou incluem-se pessoas, privilegiam-se alguns e outros são abandonados. Por último, mas não menos importante, é o risco de uma miopia seletiva que deixa de ver as características culturais das famílias.

Esta questão, apontada por essa autora, merece ser vista com mais atenção no sentido de ressaltar o conceito de família na atualidade. Ao adotar-se uma definição de família como universalmente válida, não se estará considerando a especificidade e diversidade dos contextos culturais. Com relação à possibilidade de exclusão de determinados grupos de pessoas nas ações do PSF, na população que tivemos acesso, este fato não ocorreu.

#### 4.2.1 O conceito de família e a sua função disciplinar

De acordo com alguns estudos, apesar de grandes transformações, a família é ainda responsável pela iniciação social do indivíduo. É neste espaço da vida privada que as pessoas compartilham uns com os outros os afetos e os compromissos.

Por outro lado, Poster (1979) assinala que na sociedade capitalista, o destino da família nuclear (ou burguesa) é incerto. Estudos mostram que a família deixou de proporcionar o contexto de apoio emocional que anteriormente oferecia.

De acordo com Poster (1979, p.158), há necessidade de elaborar uma teoria crítica da família definindo-a de forma a considerar “a possibilidade de que estruturas familiares alternativas sejam desejáveis”.

Para Szymanski (2000, p.27):

O mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo. Desconsiderar isso é ter a vã pretensão de colocar essa multiplicidade de manifestações sob a camisa-de-força de uma única forma de emocionar, interpretar, comunicar .

A família tem sua estrutura estabelecida de acordo com o tempo histórico da sociedade onde pertence.

De acordo com Ariés (1981), o desenvolvimento da família moderna ocorrerá a partir do século XIV. É também neste período que se poderá acompanhar uma lenta e progressiva degradação da condição da mulher. No século XVI, a mulher casada é considerada incapaz e todos os seus atos são dados como nulos quando não forem autorizados pelo marido ou pela justiça.

Na Idade Média, segundo Ariés, não se conferia o devido valor à família. Os séculos XV e XVI sucederam ao período de obscuridade com o nascimento e o desenvolvimento do sentimento de família. Daí para a frente, a família é vivida de forma discreta, reconhecida como um valor e exaltada “por todas as forças da emoção” (ARIÉS, 1981, p.223).

Os progressos de um sentimento de família surgem no século XVIII. O cuidado dos pais com os filhos, quanto às questões de saúde e higiene, se fazem notar.

A partir dessa época, as duas grandes preocupações dos pais eram a saúde e a educação. Por razões de educação a criança foi separada da sociedade dos adultos e a infância antes livre foi confinada a um regime disciplinar rigoroso.

Para Costa (1989), com relação à educação higiênica, na família conjugal moderna, os pais dedicaram a seus filhos um cuidado que não se viu nos tempos coloniais. Contudo, segundo a visão higienista, nunca estarão seguros em relação aos cuidados com a saúde dos filhos, necessitando portanto, da vigilância dos especialistas “[...] a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização” (p.15).

É neste contexto de instituição de relações familiares que, pode-se dizer, na atualidade, elabora-se o PSF.

Entre as diretrizes do PSF, estão as visitas domiciliares a serem realizadas pelo médico e demais membros da equipe de saúde. A respeito disso, Merhy (2001, p.4) diz:

[...] isto, pode significar uma excessiva intromissão do estado na vidas das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o estado pode exercer sobre cada cidadão, é reconhecido como problema e fica mais evidente, ao se pensar este tipo de diretriz sendo praticado em um país sob governo autoritário, o quanto não há um cunho trágico nisso.

Na perspectiva higienista, viu-se que a medicina teve a cooperação do Estado para garantir sua política de saúde. E nestas políticas estava incluída a família que, por sua vez, oferecia grandes obstáculos à sua consolidação.

A atuação higiênica da medicina nas cidades, como estratégia do Estado, encontrava obstáculos no que dizia respeito aos hábitos e condutas de tradição familiar. Estes eram responsáveis pela insubordinação dos indivíduos aos propósitos do governo.

Diante desta situação, a medicina precisou reconsiderar sua estratégia de combate a esta oposição através de um conjunto de dispositivos que veio a constituir-se a higiene familiar.

Entre outras táticas, estabeleceram-se regras tais como: fomentar interesses contraditórios através da divisão dos membros da família, considerando a complexa rede de adultos e crianças, homens e mulheres, pais e filhos, adolescentes e recém-nascidos. Procurou-se também, ao invés da ameaça através de armas jurídicas e policiais, mostrar os ganhos e benefícios advindos de uma atitude de cooperação.

O medo da morte não seria mais cultivado e, sim, fomentar-se-ia o gosto pela vida. Como prêmio à submissão, a promessa de prolongamento da saúde e a felicidade do corpo.

Por fim, a medicina procurou identificar entre os membros da família os inimigos, bem como os aliados, com o intuito de facilitar a política higienista.

A tática da medicina social foi desenvolver a idéia de que os pais cometiam erros por ignorância. Portanto, poderiam se orientar pelo que a higiene considerava certo e bom. Assim, a higiene construiu técnicas para intervir na vida privada da família.

Lasch (1983, p.30) analisa a sociedade americana contemporânea e a deteriorização das funções da família:

À medida que a família perde não somente suas funções produtivas, mas também muitas de suas funções reprodutoras, homens e mulheres não mais conseguem criar seus filhos sem o auxílio de especialistas garantidos. A atrofia das tradições mais antigas de auto-suficiência minou a competência cotidiana, em uma área após outra, e tornou o indivíduo dependente do Estado, da corporação e de outras burocracias.

Lasch relata que a medicina, ou melhor, os médicos reverenciaram o exame periódico por meio de câmaras e instrumentos e “implantaram em seus clientes a noção de que saúde depende da eterna vigilância e da detecção precoce de sintomas, conforme verificada pela tecnologia médica”. Desse modo, terminaram por reforçar o “padrão criado por outras influências culturais” e levaram os indivíduos a buscarem, em si mesmos, “sinais de velhice e doença”, e “indicadores de tensão psíquica” que pudessem diminuir sua atração, ou que confirmassem que sua vida seguia conforme o esperado.

#### 4.2.2 O saber médico

No século XIX, a medicina vai combater curandeiros, parteiras, homeopatas, na tentativa de dominar o saber e centralizar, na figura do médico, o direito de cuidar dos doentes. Para Costa (1989, p.77):

[...] uma das mais importantes conquistas do movimento higienista foi a imposição da figura do médico à família. Fazendo-se adotar por esta instituição, o médico combatia o desprestígio social de que era vítima e produzia uma nova fonte de benefícios econômicos. Pouco a pouco, como observou Gilberto Freyre, o confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por essa figura carinhosa e firme, doce e tirânica, o médico da família.

Foucault (1994, p.34) refere-se a uma medicina de assistência familiar, de cuidados a domicílio que se apóia em uma estrutura coletivamente controlada. Sobre a figura do médico, ele escreve: “Começa-se a conceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formam uma rede e exercem em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel, diferenciada”.

Com relação aos nossos entrevistados, perguntamos qual o papel que eles achavam que tinham na sociedade. Citamos o relato de **Álvaro**:

*Eu acho que exerço um papel muito importante, que eu considero importante. Primeiro... a capacidade de influenciar e modificar pessoas, ou pelo menos levar a se modificar... É... formar opiniões, também em grupos terapêuticos, primeiro formar opiniões, é... destruir... Destruir (faz um gesto indicando que reprova a utilização da palavra 'destruir'), desmistificar crendices sobre doença mental, sobre álcool, sobre doenças em geral [...] então eu acho que contribuo positivamente com a sociedade, nesse sentido, na medida que eu trabalho, que eu influencio as pessoas e que eu... implante idéias, vamos dizer assim, para crescer não sei quando, daqui a vinte anos, mas cresce, é... influencio opiniões, eu acho que estou exercendo um papel positivo, não negativo, na sociedade. Me vejo assim, pode ser que esteja errado, mas [...] a gente tem que lidar com os valores da comunidade também, eu não posso abolir os valores da comunidade, cada um tem suas crenças, seus mitos, lendas que trazem de família, cada um traz uma lenda de família, traz um mito, traz uma crença, traz um costume, não é? Existe o próprio*

*costume da comunidade também, eu não posso interferir nisso, isso aí tem que ser aproveitado e para ajudar inclusive. Eu tento desmistificar por exemplo, estou dando um exemplo, do alcoolismo, que não é uma sem-vergonhice, que não é vagabundagem, que o indivíduo se torna assim porque é doente, explicando, explanando o que seja, tanto faz o alcoolismo, como a droga e como o próprio distúrbio mental, para eles não serem... para as pessoas não ficarem discriminadas (Álvaro).*

Na narrativa de Álvaro podemos observar uma contradição: de um lado, o médico precisar “desconstruir” certas idéias (crendices) do paciente com relação à doença, mas por outro lado, também precisa reconhecer a importância das crenças e valores da população atendida.

Estamos, portanto, no campo das relações de poder entre médico e paciente. Há, nesse caso, uma linha tênue entre o propósito do médico em utilizar o seu conhecimento para orientar o paciente e a tentativa de desqualificar o saber desse paciente. Resta saber como esse médico lida com a delegação de poder, se ele é capaz de restituir o poder ao paciente, ou melhor dizendo, trocar o saber com este paciente. De outra forma, sua prática poderá ser a concretização de uma ideologia: a de que o paciente nada sabe.

Esta questão é tratada por Foucault (1982, p.170):

[...] por saber dominado se deve entender outra coisa e, em certo sentido, uma coisa inteiramente diferente: uma série de saberes que tinham sido desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido de conhecimento ou de cientificidade. Foi o reaparecimento destes saberes que estão embaixo – saberes não qualificados, e mesmo desqualificados, do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinqüente, etc. que chamarei de saber das pessoas e que não é de forma alguma um saber comum.

As relações entre saber e poder são, portanto, claramente reconhecidas, cristalizadas através dos *papéis* prescritos para as diferentes categorias (médico e pacientes), além dos *dispositivos de controle* utilizados para assegurar que esses *papéis* sejam fielmente seguidos. Papel é entendido aqui como “cristalização de uma relação de forças, tendo por efeito o reconhecimento de uma seqüência de

práticas que deve ser estruturada de uma certa maneira e não de outra” (ALBUQUERQUE, 1986, p.132).

Para Clavreul (1983, p.211), a medicina perpetua uma função alienadora. Por trás do que ele chama de “máscara do diálogo” entre médico e paciente, na realidade estabelece-se um monólogo, em que o discurso dominante do médico silencia o do paciente.

O que funda a relação médico-doente é a exclusão das posições subjetivas de um e de outro. O que fica de subjetividade, tanto aqui como lá, não constitui senão franjas, e estas franjas são sempre suspeitas: no doente, de fazer intervir sentimentos da ordem do pudor, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar os exames e os tratamentos médicos; no médico: de prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico e a tomada em consideração apenas dos imperativos terapêuticos nas decisões a serem adotadas.

Neste capítulo, tivemos a pretensão de focar a prática da medicina e as táticas e técnicas disciplinares nas relações de poder-saber.

Vimos que o conhecimento médico e da Saúde Pública tem sido sistematicamente marcados, como assinalou Minayo (2001), pelo apagamento do sujeito. Quando se trata das concepções de saúde/doença, adota-se o viés positivista, e o social é visto como objeto ou fato.

No trato com os pacientes, o campo da saúde importou-se mais com o enfoque médico da enfermidade do que com a sociologia dos sujeitos. Além disso, nas organizações dos serviços de saúde, a ênfase também se dá muito mais nos métodos, conferindo-se destaque às relações entre funções, papéis e relações técnicas.

A saúde, nesta perspectiva, estaria mais preocupada em conhecer os interesses dos diferentes atores com o intuito de controlá-los e dominá-los, do que possibilitar sua participação.

Ora, como vimos, o PSF tem-se colocado como alternativa, no propósito de mudar a prática autoritária nos serviços de saúde.

No capítulo seguinte, vamos discorrer sobre o cotidiano dos médicos do PSF enfocando sua trajetória profissional, suas possibilidades e seus limites no sentido de desvencilharem-se de seu papel tradicional e das relações autoritárias com os pacientes e usuários dos serviços de saúde.

## **V. O MUNDO DO MÉDICO DA SAÚDE PÚBLICA**

No presente capítulo, enfocaremos o mundo do médico do PSF, apontando questões que tratam da escolha profissional e da formação médica e realizando uma leitura de relatos dos vários informantes, bem como, dos médicos de família entrevistados. O propósito é compreender melhor a realidade em que vivem, as razões e as conseqüências de suas escolhas.

### **5.1 O Médico do PSF: Imagens e Realidade.**

A expectativa da população quanto ao atendimento dos serviços de saúde, vem ao longo dos anos, sendo alicerçada por uma concepção de saúde com ênfase na doença refletindo-se em práticas curativas.

Sabendo que nem sempre os serviços de saúde pública são acessíveis à maioria da população e sabendo da exigência de estabelecer-se um vínculo com a comunidade atendida, o que significa conquistar a confiança desta população, o médico acaba por realizar o atendimento com base no modelo dominante, isto é, exclusivamente realizando consultas e prescrevendo medicação. A transformação desse modelo necessita que também haja mudança na prática do profissional médico.

Diante disso parece-nos importante trazer a questão da identidade que nos capítulos posteriores enfocaremos de forma mais detalhada.

O estudo de Ciampa (1990) pode elucidar alguns aspectos sobre a possibilidade de alterar uma identidade. Para este autor, “cada indivíduo encarna as relações sociais, configurando uma identidade social. Uma história de vida. Um projeto de vida”. Prosseguimos citando Ciampa (1990, p.131):

[...] interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso. A tendência é nós nos predicarmos coisas que os outros nos atribuem [...] Sempre há pressuposição de uma identidade, sempre uma identidade é pressuposta.

A imagem do profissional médico do serviço público confunde-se, muitas vezes, com a imagem que a população construiu a respeito do atendimento nas

unidades de saúde, isto é, de descaso com a saúde do paciente que, na sua grande maioria é de baixa renda e, portanto, dependente destes serviços.

A narrativa de Fábio, médico que foi nosso informante, pode ilustrar essa representação dos serviços de saúde pública e do profissional médico:

*[...] este modelo que está aí, estamos cansados de ver pela imprensa, pela mídia, que é caracterizado pela ineficiência, pelo atendimento desumano, pela desigualdade, pela distribuição perversa dos recursos, pela malversação dos recursos que é isso que a gente está acostumado a ver e que realmente, de certa forma, pode existir. Não digo que seja somente isso, mas eu vejo o PSF como uma estratégia importante para intervir neste estado de coisas [...] a figura do médico está envolta de uma série de questões, que não vale a pena discutir agora, mas que dá essa característica, essa conotação diante da população, está certo? A população espera muito da figura do médico. Aliás, para a população, se a gente for fazer uma pesquisa dos serviços de saúde, o sistema de saúde ainda é centrado no médico.*

É possível observar no depoimento de Fábio, principalmente quando diz que “a figura do médico está envolta de uma série de questões, que não vale a pena discutir”, que ele se dá conta da posição ocupada pelo médico nas relações de poder estabelecidas entre esse profissional e a população atendida. Trata-se da autoridade do médico sobre o paciente. Apesar de não desvelar totalmente essa realidade, Fábio aponta para a manutenção de relações autoritárias nos serviços de saúde. Assim sendo, quando o médico através de sua prática, atende a população nos moldes tradicionais, representa a figura do médico tradicional. Ao atender as expectativas da população, a posição deste médico é mantida, confirmando-se o papel esperado.

Dessa forma, o médico, com sua prática, reproduz o modelo dominante de fazer medicina, repondo (confirmando) continuamente a imagem tradicional e contribuindo para a confirmação de um papel estereotipado. Entretanto, para que esta imagem seja desfeita (negada), a atividade do médico que atua em unidades básicas precisa ser transformada. E como ponto de partida, a sua formação acadêmica também precisa ser direcionada para o desenvolvimento de habilidades que lhe possibilitem a construção de novas relações com a comunidade atendida, para que a sua ação seja mais comprometida com as questões sociais.

Essa questão é apontada por Fábio, nosso informante:

*[...] o profissional médico que não tiver um perfil mínimo para atuar nessas condições (do PSF), ele não vai agüentar muito tempo. Então por isso que eu vejo que a atuação desse profissional é... vai ter que contar com o profissional que tenha esse perfil mínimo e que ele possa interagir com a população, aprender com a população, ouvir a população e passar a entender a lógica dominante dessa população, conhecendo a população e utilizar de recursos para que possa ter um resultado de sua prática mais eficaz.*

Nesse relato, Fábio enfatiza como deve ser o profissional que atuará na saúde pública. Ele fala de um “perfil mínimo”. O que ele quer dizer com isso? O médico que escolhe atuar na saúde pública, por quais motivos o faz? Em sua escolha, estará respaldando-se em qual visão de mundo? Será que efetua sua escolha por falta de oportunidades de ingresso na medicina especializada? Ao que parece, como veremos nos depoimentos a seguir, a história de vida, as experiências vividas e a formação acadêmica, contribuem para que o indivíduo faça sua opção. Além disso, Fábio mostra que as relações sociais que se estabelecem entre o médico e a população usuária dos serviços são construídas através da vivência no cotidiano das unidades de saúde e que esse profissional necessita apreender o universo simbólico (crenças, valores) da população atendida para desenvolver sua prática.

Nas narrativas dos médicos do PSF, notamos o desejo de serem reconhecidos. No entanto, na saúde pública, este reconhecimento não se consegue da mesma forma como no caso dos médicos especializados nas diversas áreas da medicina.

Os relatos de nossos entrevistados indicam o paradoxo que eles vivenciam em sua profissão. De um lado, o médico do PSF tem seu trabalho reconhecido quando o usuário se sente bem atendido. Nesse caso, o reconhecimento vem da população atendida que geralmente não possui grande influência social. De outro lado, o médico do PSF não recebe reconhecimento dos colegas de profissão, médicos que atuam na medicina especializada, no serviço privado, em hospitais e consultórios particulares.

Para **Jonas**, nosso deponente, ao médico não basta ser abnegado e atender pacientes necessitados. Por essa dedicação ele quer ser reconhecido pelos outros médicos. No depoimento abaixo, **Jonas** relata uma história vivida por ele e na qual parece procurar um sentido para a sua profissão.

*[...] vou te dar um exemplo: doente voltando de uma cirurgia cardíaca ou encaminhado para o cardiologista fez uma cirurgia cardíaca complexa num hospital de grande capacitação técnica e com grandes recursos tecnológicos. Paciente que você pode dizer: lá dentro daquele hospital, você tirando todos os outros componentes aí desse problema, só preocupando... isolando aquele doente naquele hospital nas mãos daquele cirurgião, daqueles equipamentos, você tinha o retrato de qualquer país de primeiro mundo, aquela cena ali congelada, ali você poderia aplicar isso em qualquer país do primeiro mundo. Aí esse doente volta para a casa, volta para a casa operado pelo cirurgião mais famoso da cidade, com toda tecnologia necessária, ele volta para casa e a gente que acaba recebendo, onde entra pela porta aqui do consultório a auxiliar de enfermagem e diz assim para mim: 'tem um paciente que está morrendo em casa'; 'mas quem está morrendo em casa'? 'O seu Geraldo, voltou do hospital e tá muito mal'. Eu vou lá ver o seu Geraldo. O seu Geraldo está numa cama atrás... num barraco. Ele mora numa região pobre, a parte da frente tem um bar, ele está deitado numa cama, atrás desse bar, na peça de trás. Ele não pode mais andar. É um homem aposentado, viúvo, tinha os filhos, eles se envolveram com o uso de droga, já estavam afastados dele. Quando ele ficou doente, tiveram eles que cuidar do bar, trouxeram os amigos, tomaram conta do bar dele e ele, lá atrás deitado, sentindo que o bar estava indo de mal a pior. E ele com uma dose muito grande de medicamento, foi hipertenso no caso, estava tomando uma dose de hipotensor que estava deixando ele sem levantar, ele levantava e sentia tontura e voltava a deitar. Teve um quadro depressivo, certo que ia morrer, não querendo nem tomar água e essa era a situação dele. O mesmo homem que quinze dias antes esteve junto de todo recurso disponível, em qualquer país do mundo seria recurso de ponta, quinze dias depois estava morrendo de maneira mais... mais desumana possível, estava assim à mingua com um quadro depressivo por não ter alguém que cuidasse. Então você, tendo essas pequenas recompensas, vai ficando feliz e satisfeito. Não vou poder contar essa...essa minha história ali no pós-operatório que isso não vai ter importância nenhuma, que para mim lá tinha. Eu achei que foi tão importante quanto ele que operou [...] eu sinto isso, quer dizer, o atendimento... este ambulatorial de uma unidade de saúde, que faz atenção primária à*

*saúde na periferia da cidade, isso está mais ou menos à margem do mundo médico, não é? Quer dizer... qual é o conceito que eu teria, qual é a recompensa que eu teria, qual é a consideração que eu mereceria ao chegar em qualquer reunião da Associação Médica e resolver contar lá no meio de especialistas de tantas áreas, a minha experiência no postinho de saúde não é? Então não há valorização nenhuma nesse tipo de trabalho assim como regra geral entre os médicos... não existe isso, a gente está mais ou menos à margem na prática médica especializada, com subespecialidades, com a tecnologia cada vez mais presente, o que tem valor é o que é reconhecido, aquilo que de maneira mais incisiva assim, resolve o problema, opera, conserta, arruma, e que o doente entra de um jeito e sai consertado na outra porta de outro jeito, isso a gente compreende, é assim mesmo, não é?*

O relato de **Jonas**, de uma situação vivenciada por ele, mostra como se encontra o atual modelo de atendimento dominante na saúde: curativo, centrado na doença e portador de um discurso tecnológico. A ênfase na tecnologia e a desconsideração pelo contexto social em que vive o paciente, mostra a contradição desse modelo. Neste sentido, a tecnologia obscurece o trabalho do profissional da saúde pública.

Para Habermas (apud MINAYO, 2001), o que produz essa tecnologia é a razão instrumental. Para os frankfurtianos, a razão instrumental (racionalidade instrumental) nasce quando o sujeito do conhecimento está consciente de que conhecer é dominar e controlar a Natureza e os seres humanos. À medida que a razão se torna instrumental, a ciência deixa de ser um modo de acesso aos conhecimentos verdadeiros para tornar-se um instrumento de dominação, poder e exploração. No entanto, para não ser percebida dessa forma, ela passa a ser sustentada pela ideologia cientificista que se dá através da escola e dos meios de comunicação de massa, caindo no mito científico.

A racionalidade dos fins, inverte a questão. Significa que em uma sociedade, em um certo momento histórico, “certos fins são preferidos coletivamente a outros”, após os diferentes sujeitos terem a possibilidade de propor e discutir, em um espaço público, a seleção destes fins (ENRIQUEZ, 1996). Nesse caso, a racionalidade dos fins pressupõe o acolhimento da alteridade, a liberdade de cada indivíduo poder falar e ser ouvido e “da decisão ser tomada em comum”.

Com relação ao aspecto financeiro da profissão, a comparação com os outros colegas especialistas também é feita pelos depoentes:

*Do ponto de vista financeiro (risos), aí a diferença é maior ainda, quer dizer, o que a gente leva para ganhar um mês de salário, os colegas ganham em um dia, não é? Então você tem isso também, o que sobra para a gente de gratificação pessoal assim, como recompensa. Eu acho que nesse caminho que a gente escolheu, sobra isso mesmo, sobra esse vínculo que a gente forma com a população e essa sensação de ser útil naquelas coisas que alguns nem perceberam que tinha importância, não é? (Jonas).*

Na Saúde Pública, há poucas chances do médico ser gratificado como médico, diversamente do que ocorre com os colegas que atuam na medicina privada. A “sensação de ser útil” é a justificativa apresentada por **Jonas** para manter-se nessa atividade:

*Aquela sensação do médico de postinho, do servicinho secundário, marginalizadinho da saúde, isto é bem presente e todo mundo sabe disto, sabe, não tem... apesar do discurso ser ‘não, é muito importante o Projeto Saúde da Família’, e eu acho que é importante mesmo, eu acho que é importante, mas também não vamos ser ingênuos, não é?*

Nestas narrativas, **Jonas** parece expressar, em forma de queixa, que por mais que o médico da Saúde Pública se esforce para realizar o seu trabalho, não é tão reconhecido como os colegas médicos da medicina particular. Mas, se há insatisfação no serviço público, por que os médicos permanecem, apesar de estarem desmotivados?

É **Jonas** que nos esclarece sobre a realidade do médico do PSF e sobre seus dilemas:

*Esses dias alguém comentou comigo isso, eu fiz um elogio a um colega médico que atendeu uma prima minha. Ele é um grande humanista, é um médico humanista por excelência, sabe, ele ajudou muito a minha prima e eu sou muito agradecido pela maneira que ele tratou do caso dela. E eu comentei isso e vou comentar sempre, eu acho que ele tem essa característica*

*mesmo. Mas, aí um outro colega fez um comentário: 'ah, mas é muito fácil você ser humanista quando você é bem recompensado, quando você só atende particular', que é o caso desse médico, só atende particular, então fica muito fácil fazer isso, você tem tempo e compensa fazer isso. É, eu acho que não explica tudo, eu acho que tem gente aí sendo bem recompensado e nem por isso passa a ser uma pessoa humanista e sensível, não é? Mas fica bem mais fácil, não é? O difícil é você fazer isso lá, ganhando pouco, trabalhando num lugar difícil, com o sol entrando pela janela do posto de saúde, esquentando as suas costas e suando em bicas às três horas da tarde. E você ansioso porque você não tem como dar um remédio para o paciente, porque ele não tem como comprar, aquele exatamente que a gente tem no posto, naquele caso, às vezes não resolve, precisa ver em outro e não tem... Então aí fica mais difícil mesmo você conseguir se manter como um humanista, você manter-se sensível, não é? Eu acho isso uma grande dificuldade. Eu antigamente fazia uma crítica ao médico que num determinado momento ou outro, perdia a sensibilidade. Hoje não tenho mais coragem de fazer esta crítica. Eu acho que é muito difícil você não... em algum determinado momento você não acabar por sentir raiva do paciente. É feio dizer isso? Alguém é capaz de dizer que nunca sentiu raiva do paciente entre os médicos? Difícil. Acho o que diferencia hoje os médicos é quando sentir um pouco mais de raiva ou um pouco menos. Ou aqueles que sentem com mais facilidade raiva e aqueles que sentem com menos facilidade.*

As razões para a permanência do médico no serviço de saúde pública onde na maioria das vezes o trabalho é precário, parecem não ser totalmente conhecidas. Mas, porque muitos permanecem nessas condições, precisam utilizar-se de justificativas como as do tipo: 'sinto-me útil, recompensado', porém isso não impede que surjam sentimentos de raiva e de revolta quando se vêem submetidos a situações de pressão angustiantes e dolorosas.

O que pudemos apreender, mediante os depoimentos dos médicos entrevistados, é que cada um reage de uma maneira diante destas situações, isto é, as estratégias de sobrevivência, utilizadas em face das situações de sofrimento no trabalho, acabam sendo individuais.

Este aspecto de desgaste, do médico da Saúde Pública, também é apontado por **Elisabete**:

*[...] o médico de família, eu acho que ele... se ele é realmente dedicado, ele sempre está estressado, ele vem para casa pensando nos casos, e você... não consegue assim... é difícil assim você se desligar totalmente daquela realidade [...].*

E, num depoimento dramático, **Elisabete** relata:

*[...] eu acho que é (o médico do PSF) um cara muito humano, sabe? A minha chefe morreu a semana passada. Deu a própria vida pelo serviço, fanática, sabe? [...] não sabia que a minha chefe gostava tanto de mim, sabe? Eu sabia que ela falava, me admirava, mas eu não sabia que ela gostava tanto de mim assim, a morte dela mexeu muito comigo. Eu fiquei bem abalada.*

Mais à frente em seu depoimento, ela diz:

*[...] o médico de família, ele tem que... porque me diga uma coisa: quem que vai quebrar a cabeça por essa gente para conseguir as coisas? Então, além de tudo, de você fazer o diagnóstico, conversar, atender, ainda você tem que ver as estratégias, como é que vai conseguir uma consulta no Hospital das Clínicas, que às vezes eu tenho que largar tudo, ligar para o Secretário e falar: 'ai, por favor', eu acho que não é meu papel sabe, eu acho que eu estou fazendo... estou muito desgastada, porque eu estou fazendo muitas coisas que não é meu papel, sabe?*

Sabemos das condições precárias existentes nos serviços de saúde pública que vão desde a falta de medicamentos até o número insuficiente de profissionais para dar conta dos atendimentos. Portanto, há que se registrar a situação estressante a que estão submetidos os médicos do PSF.

Ao atribuir ao médico do PSF a característica de *ser dedicado*, **Elisabete**, parece conceber a profissão quase como um sacerdócio, isto é, como daquele profissional que exerce uma atividade nobre, mas ao mesmo tempo lhe é exigida uma quota de abnegação e sacrifício. O trabalho do médico do PSF exige do profissional um grande esforço, mas, por mais que este médico se esforce, o seu trabalho está muito aquém do que ele poderia fazer.

Em virtude dos papéis que desempenha, do médico que opta pela saúde pública é esperado não só o conhecimento científico, mas também outros conhecimentos e experiências no nível de valores e emoções. O aspecto vocacional é

valorizado por seus pares, pela equipe de saúde e pelo paciente. São considerados atributos necessários para a realização da prática médica, nas unidades de saúde, a abnegação, a dedicação, o sacerdócio. Contudo, se, por um lado, o médico é valorizado por possuir tais atributos, por outro, há um sentimento de aprisionamento. O sacerdócio desse médico se assemelha à representação que a população também tem da enfermeira (FABBRO, 1996).

A não-consciência dos limites de sua atuação como médico da saúde, bem como a não-aceitação de sua impotência frente a determinadas circunstâncias de seu trabalho (como, por exemplo, o estado de pobreza em que se encontra a população atendida), impedem que esse profissional possa modificar sua maneira de pensar e, conseqüentemente, possa se transformar.

O que pudemos apreender dos relatos dos médicos do PSF indica que, conquanto eles se solidarizem com a classe de seus pacientes, eles não perdem o referencial que aprenderam na faculdade, o do profissional liberal.

Na narrativa de **Elisabete**, podemos observar as contradições impostas ao profissional da saúde pública. Para ela, se o médico do PSF for dedicado, significa que seu trabalho comportará uma forte carga de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, a lógica do trabalho é baseada mais na frustração do que na realização.

A rotina do médico do serviço público é abordada pelo médico Walter:

*[...] os médicos que trabalham no serviço público, em geral encaram o serviço público como um trabalho não mais importante, um trabalho secundário, um bico, como costumamos dizer. E é uma forma de trabalho, um processo de trabalho muito alienante. Eu já trabalhei em posto de saúde e já acompanho isso há bastante tempo, é um trabalho alienante esse trabalho tradicional do médico que vai para a unidade, recebe lá vários prontuários, várias fichas para atender, fica durante duas horas, quando fica, o certo seria ficar quatro, mas na média talvez fique duas, em alguns casos fica até menos, fica lá atendendo aqueles pacientes em série como se fosse... Chega lá entra um, sai outro, entra um, sai outro, fica atendendo dezesseis pacientes que é a média normal e é um trabalho chato para ele, geralmente não acrescenta nada. E eles não sentem, no geral, também muita satisfação por essa questão, em um trabalho... secundário, que não dá muita satisfação, que não nos envolve e causa problema para a instituição também, profissionais que geralmente não cumprem*

*horário, não querem atender além da sua cota, quer dizer, o problema existe dos dois lados. Então, eu acho é que se existirem fórmulas de envolver este profissional para que o processo de trabalho dele não seja tão alienante, tão mecânico como é hoje, você pode passar a ter profissionais que se interessem mais pelo serviço público e acabem se interessando um pouco mais por rever o seu processo de trabalho e trabalhar mais com a comunidade. Esse é um grande desafio que existe hoje.*

O depoimento de Walter traz o aspecto do comprometimento do médico da saúde pública e as possibilidades dele exercer uma prática reflexiva. Esta questão foi tratada por nós, neste trabalho, em capítulos anteriores, porém retomamos este tema relacionando-o com o processo de formação do profissional médico.

### **A Ênfase na Tecnologia e a Razão Instrumental**

Iniciemos com o relato do médico Walter:

*Os médicos quando se formam, ele entram em um mercado competitivo nos grandes centros, nas grandes cidades. É um mercado competitivo, é um mercado onde ele quer sobreviver e se dar bem, um mercado que favorece mais a especialização. Então procuram disputar esse mercado crescendo na especialidade que escolheram e ao mesmo tempo arrumam emprego como médico generalista no serviço público para complementar o seu ganho. Essa lógica de mercado que coloca os médicos nesse mercado competitivo, entra em conflito com uma segunda lógica que é a lógica do SUS, que é a lógica de atender com qualidade as pessoas, de promover a atenção integral à saúde, de atender integrado com outros profissionais, de procurar desenvolver a intersetorialidade. Então, o trabalho do profissional médico está situado nessas duas lógicas: uma de mercado, que não dá para negar que ela existe, afinal de contas a competitividade é grande, o médico entende que ele tem que se dar bem nessa lógica, senão ele não tem sucesso profissional e a outra lógica do SUS que nós estamos querendo construir baseado em outros valores, que não valores de mercado, mas valores de solidariedade.*

De acordo com este relato, o médico que vai atuar na Saúde Pública, nestas circunstâncias, ou adota valores e pressupostos baseados na ética do

utilitarismo, ou adota normas de ação no nível do agir comunicativo, como entende Habermas.

No primeiro caso, o uso pragmático da razão prática define o agir orientando para fins, para o que o sujeito pretende obter; seu interesse é imediato e egocêntrico; seu critério para a ação é o útil, o benefício próprio, nesse critério não se pergunta a quem beneficia. Em vista da situação econômica do médico da saúde pública e de uma prática destituída de maior reflexão, ele acaba sendo colonizado pela razão instrumental.

No segundo caso, o uso moral da razão prática define o agir norteado pela justiça, pelo que é moralmente certo, mesmo que isto implique romper com a tradição. As interações se processam livres do caráter local, histórico e transitório. O agir que não é individual é um agir comunicativo e deve ser desenvolvido com base em normas de ação só existentes no diálogo, onde há o envolvimento de todos os interessados. Esta perspectiva, como já dissemos, pressupõe a aceitação da alteridade, isto é, a possibilidade de cada membro participante de um grupo falar livremente e de ser ouvido e as decisões serem tomadas em comum.

## 5.2 A Escolha da Profissão

Iniciaremos este tópico, trazendo relatos de alguns dos médicos do PSF entrevistados, com o intuito de conhecermos um pouco os motivos que alegaram para a escolha da medicina como profissão. E, mais, o porquê da opção pela saúde pública.

O médico **Jonas**, narra:

*Quando eu entrei para ser médico, quando eu decidi ser médico, talvez tenha decidido como todo adolescente decidi, pelo deslumbramento da profissão, tem o seu encanto, a medicina atrai, acho que todo adolescente se sente atraído por isto não é?*

Nesse caso, o desejo de exercer a profissão de médico nasce do encantamento do curso de Medicina para a maioria dos jovens. Em seu imaginário, povoam idéias sobre o profissional que é capaz de salvar vidas. Em análise mais

detalhada, no Cap. VII O Processo de Formação de Identidade, exploraremos a trajetória profissional do médico **Jonas**.

Para a médica **Elisabete**:

*Ah, no começo eu nem pensei assim que era meu sonho de vida, sabe? Eu entrei meio assim sem querer, sabe, e no fim achei que foi bom [...] meu pai, minha família toda, nós somos médicos, sabe? E meu pai, na minha infância, meu pai era médico de uma fábrica de papel e eu acho que deve ter ficado aquilo sabe, que atendia todo mundo, deve ter ficado alguma coisa. Meu pai foi meu ídolo por ele ter feito isso, sabe? Acho que influenciou muito esse papel dele. Foi uma referência para mim... uma medicina mais humana. Os meus dois irmãos são oftalmologistas. Põem atrás da máquina, põem não sei o que, eu não consegui fazer uma coisa que não tenha relacionamento médico-paciente. Então, acho que eles estão super bem, o dinheiro é bastante, eles podem fazer tudo o que eles querem, mas eu não me sinto satisfeita com este tipo, sabe, esse papel de médico.*

No caso de **Elisabete**, parece que ela optou pela medicina levando em conta os modelos do pai e dos irmãos médicos. No entanto, podemos observar uma certa contradição em sua narrativa. De um lado, ela expressa admiração pelo pai, que provavelmente teve uma formação médica generalista e “mais humana”. De outro lado, parece revelar um certo ressentimento ao criticar os irmãos especialistas que, em suas práticas, enfatizam muito mais a técnica do que a relação com o paciente, porém, são médicos bem sucedidos, ganham bastante dinheiro e, segundo **Elisabete**, “podem fazer tudo o que querem”.

Para **Ivo**, outro médico entrevistado:

*Eu sou de uma família que não tem tradição médica. Sou apenas um entusiasmado pela profissão, foi o ideal que eu persegui. Me formei pela Universidade Católica do Paraná, três anos de formado fiquei ... como médico generalista em um hospital, principalmente na parte de pronto atendimento e depois fui tentar me especializar em cirurgia da face. Na volta, meio desgostoso com a situação, não era aquilo que eu esperava, fui tentar uma atividade completamente diferente. Fiquei uns cinco anos fora da Medicina, mas também não agradou, um pouco de imaturidade e depois então voltei à atividade como médico [...] o nome atrai. O Programa de Saúde da Família atrai. E ainda mais a idéia que a*

*gente fazia do médico de família, que eu lembro que era o médico de família quando era menino, isso casou dentro daquilo que eu acho... minha paixão dentro da profissão, é o médico de pronto atendimento, aquele que salva vida, que chega ali e salva vida e o médico que vai na casa e conversa com o paciente, no consultório, tem o paciente mais para conversar, para ter como amigo e o paciente se sentir amparado e... de alguém que se interesse pelos problemas que apresenta e não seja só de ordem técnica como doença, não é? (Ivo).*

No caso do médico **Ivo**, a opção pelo curso de Medicina, também é feita em vista da imagem idealizada do curso pelos jovens. Ocorre que, durante o desenvolvimento do curso, muitos destes jovens frustram-se por não serem correspondidos em suas expectativas.

É interessante notar, pelos relatos dos médicos, que a escolha pela medicina ocorreu na busca de concretizar um ideal. No caso de **Jonas** e **Ivo**, houve um certo desencantamento pela profissão, provavelmente porque idealizaram o curso de Medicina e este não correspondeu às suas expectativas. **Jonas** relata que a escolha se deu através da imagem idealizada que a maioria dos jovens constroem da medicina. Já para **Ivo**, a escolha foi feita de forma imatura, como ele relatou. O fato de não encontrarem o que esperavam, no contato com a realidade, fez mudar, ainda que temporariamente, as suas trajetórias profissionais. Contudo, o afastamento por um certo período e o envolvimento com outras experiências, os levaram a retomar as atividades como médicos. Então, uma maior consciência da responsabilidade coletiva, parece que só foi possível após a formação médica e a experiência como médico da Saúde Pública. Podemos dizer que a experiência na Saúde Pública desfez diferenças entre ser médico e ser médico de família.

Para Enriquez (1994, p.30), a idealização desempenha um papel fundamental na edificação de uma sociedade e de indivíduos heterônomos:

A idealização permite a cada um sentir-se parte interessada no devir social e ser liberto de seu desamparo original [...] angústia de estar sem proteção e ser abandonado, rejeitado pelas autoridades tutelares que assumem o papel de pais benevolentes. Além disso, ela lisonjeia nosso próprio narcisismo. Se adoramos chefes que encarnam ideais fortes ou sociedades aparelhadas de virtudes admiráveis, nós próprios nos tomamos admiráveis. Miramo-nos no espelho que nos é estendido pelo próprio objeto de nossa admiração.

A idealização é um mecanismo utilizado pelo indivíduo permitindo que ele viva como um membro essencial de um determinado conjunto com um mínimo de riscos. De acordo com Enriquez (1994), o indivíduo aceita recalcar seus desejos e reprimir suas pulsões, aderindo às injunções sociais para, em troca, manter seu narcisismo individual, apoiado pelo narcisismo grupal ou social.

A cultura das organizações também se torna um chamariz aparecendo como o ídolo a ser idealizado e, assim, capturar o indivíduo. A finalidade desse chamariz é prender as pessoas com sua razão, seu imaginário e seu inconsciente, fazendo com que acreditem que, se renunciarem a seus próprios desejos, poderão receber em troca a satisfação que merecem.

No entanto, Enriquez (1997) relata que, há um lado bom da idealização quando se concebe que o sujeito tem seu “foro íntimo” e o pensamento livre. Se, ao contrário, a idealização for excessiva, o sujeito não se preocupará com a vida interior dos outros sujeitos e cairá no fanatismo das seitas.

A identificação com a figura do pai que no caso de **Álvaro**, provavelmente foi significativo na infância do depoente, também contribuiu para que ele fizesse sua opção pela medicina. Além disso, os valores socialmente determinados e mediados pela família são assimilados pelos seus membros e podem contribuir para a elaboração do processo de identidade. Os depoimentos de **Álvaro e Paula**, evidenciam esta condição:

*É... meu pai é médico, eu já tinha te dito isto, eu gostaria de... não só porque ele é médico, meu pai nunca me deu assim... um impulso para ser médico...que eu quisesse a carreira dele ou não. Aí eu resolvi ser médico, eu gostava de lidar com as pessoas, eu gostava da área biológica exatamente... então... eu resolvi ser médico, gostava de lidar com pessoas [...] na realidade eu queria sabe, eu tinha uma convicção meio socialista do mundo ... então na realidade eu queria trabalhar em um serviço que eu tivesse uma necessidade de criar alguma coisa, de ajudar as pessoas [...] (Álvaro).*

*Sou sanitarista de carteirinha [...] E eu tenho uma... eu tenho uma formação é... formação pessoal socialista, eu estudei... eu terminei os meus anos de colégio, segundo grau, terminei em Cuba. Durante três anos eu estudei lá. Então eu tenho uma noção*

*muito...que é muito cara ao coração, que eu tenho uma dívida social e que eu tenho um imenso prazer em pagar [...] eu fui criada como o trabalho como um valor social, não o valor econômico. Então do ponto de vista profissional, é o meu sonho, é uma realização do trabalho mesmo (Paula).*

No caso do médico Walter, nosso informante, o interesse pela Saúde Pública teve origem no período em que cursava o segundo grau:

*[...] pelo período que nós vivíamos e pela trajetória da minha vida eu participava de movimentos estudantis, naquela época já se vivia um momento de repressão e acaba sendo um período de aglutinação e discussão de questões políticas e que está muito relacionado com a questão da saúde pública. Isso certamente influenciou um pouco a militância nessa área. Eu sempre participei do movimento sanitário desde o seu início, em 1979, 1980, quando foi elaborado o PREV-SAÚDE, um programa que não foi colocado em prática e no ano seguinte com as ações integradas de saúde, na época eu já me envolvia bastante com esse embrião do movimento sanitário, de onde originou-se a reforma sanitária e posteriormente toda a luta política de construção do SUS.*

As verbalizações dos entrevistados apontam para instâncias de suas histórias de vida que, dotadas de significação, contribuíram para a escolha da profissão, quais sejam, entre outras: a “formação socialista” pela família e que possibilitou uma “visão socialista de mundo” e a participação em movimentos políticos. Recorrendo a Berger e Luckmann (1985, p.176), compreenderemos o processo de identificação:

*Quaisquer que sejam, a interiorização só se realiza quando há identificação. A criança absorve os papéis e as atitudes dos outros significativos, isto é, interioriza-os tornando-os seus. Por meio desta identificação com os outros significativos a criança torna-se capaz de se identificar a si mesma, de adquirir uma identidade subjetivamente coerente e plausível.*

Posteriormente, a escola e/ou o trabalho, poderão reafirmar os conhecimentos interiorizados na infância. O médico Jonas relata as suas relações no trabalho com os pacientes:

*[...] eu me identifico com as pessoas que moram lá no bairro da periferia, são pessoas que vieram do interior, são pessoas trabalhadoras, me sinto bem, sabe, me sinto bem atendendo eles. E também é uma questão de... eu tenho um pouco de dificuldade de atender um pessoal que talvez não precisasse tanto de mim, mas que talvez até pudesse pagar pelo meu trabalho, não é? Não me sinto bem, me sinto melhor lá, sabe? Então isso também é outra coisa que me ajuda, trabalhando lá como médico, e daí nesse Programa Saúde da Família me ajuda bastante isso, sabe? Ajuda bastante para satisfazer essa necessidade pessoal minha [...] trabalhar como médico junto à comunidade, você vai conhecendo as pessoas, isso me agrada muito. E o médico, eu acho que tem a vantagem... porque eu poderia abrir um mercadinho e iria conhecer muita gente, mas eu acho que não me sentiria tão útil como... eu tenho a sorte de com essa profissão me sentir, não é? Acho que as pessoas que trabalham na área da saúde, acho que têm essa sensação de ser útil. É uma característica, acho que não engrandece e nem diminui ninguém, é só uma forma de ser, de agir. Acho o que me gratifica é isso. Então, gosto bastante dessa característica na profissão.*

A opção profissional pela Saúde Pública também pode ser muitas vezes interpretada como incapacidade de não firmar-se na atividade do consultório, no exercício de uma especialidade. Assim, carentes do reconhecimento dos colegas de profissão, o médico da Saúde Pública, e, então, o médico de Saúde da Família, necessita, como já dissemos, sempre encontrar justificativas para manter-se na profissão que escolheu, para legitimar-se como médico. As justificativas apresentadas, tais como: “identificar-se com as pessoas da periferia”; “ter a “sensação de ser útil”, parecem mostrar a necessidade de ser reconhecido, a necessidade, em última análise, de manter a imagem idealizada do médico junto à população atendida.

Mas será que essa “identificação” com a população ocorre apenas com o médico da Saúde Pública, por atender uma população carente, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde? É essa a particularidade que deve possuir o profissional da Saúde Pública? Vejamos a narrativa de Jonas:

*[...] você não precisa ter esta prática necessariamente só no posto de saúde, você pode ter esta prática inclusive fazendo até especialidade, nada impede que você seja um cardiologista que tenha essa prática que o médico de família apregoa, que a medicina de família apregoa. Você pode até estar trabalhando num consultório particular no centro da cidade, não tem problema*

*nenhum. Mas daí me gratifica um pouco mais se eu estiver fazendo isso lá com aquelas pessoas. Foi o que eu te disse no início, por uma questão de identidade mesmo, politicamente me identifico melhor com estas pessoas do que me identificaria com a classe média, por exemplo.*

O relato de **Jonas** remete para o aspecto que já mencionamos anteriormente, isto é, para a idéia de sacerdócio. O médico da saúde pública, pelo papel que desempenha, parece ter a obrigação de identificar-se com a população atendida. Porém esta é uma situação conflituosa, pois o médico não pode ser obrigado a ter empatia pela população que atende, mesmo porque não pertence à mesma classe social do paciente.

Como veremos, a formação do médico para atuar na Saúde Pública, é deficitária. No entanto, uma formação mais completa e consistente, se dará com o saber adquirido no dia-a-dia na prática, na unidade de saúde e na clínica particular.

### **5.3 A Formação do Médico**

Das várias propostas de mudança decorrentes do movimento denominado Reforma Sanitária, debatidas na VIII Conferência Nacional de Saúde e consolidadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), surge o Programa de Saúde da Família gerando a expectativa de mudanças significativas no modelo assistencial.

Ora, se o Programa de Saúde da Família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, torna-se necessário conhecer o que vem ocorrendo na formação do médico que se dispõe a atender a essa nova demanda social. A nossa intenção aqui não é discorrer sobre o currículo das escolas de Medicina, mas, a partir dos relatos dos médicos informantes e dos médicos do PSF, apresentar aspectos de sua formação que estejam relacionados à atuação no Sistema de Saúde.

A mudança que visa alterar uma medicina – cuja forma preponderante de atendimento à saúde, está centralizada na figura tradicional do médico – leva-nos a repensar a formação do profissional médico com vistas à Saúde Pública.

Com relação às características que se espera que o médico da Saúde Pública, bem como o médico de Saúde da Família devem possuir, obtivemos por meio dos informantes, descrições que os diferenciam dos demais médicos. Vejamos o relato de Fábio nosso informante, ocupante de um cargo de direção e participante do processo de implantação do PSF:

*[...] um profissional médico que vai atuar num programa como este, que tem como característica criar vínculo com a população, sair de trás do balcão, visitar a população na casa, conhecer onde mora, conhecer sua família, conhecer a comunidade, discutir os problemas deles... ele tem que estar preparado para essa nova forma de se fazer medicina.*

O relato deste médico parece esclarecer-nos que o médico do Programa de Saúde da Família precisa ter uma atuação diferente daquela do profissional que tradicionalmente atende os pacientes em seu consultório. A razão disso, segundo o relato, é que se exige deste profissional, uma *nova forma de fazer medicina*. Isto é, em vista da realidade que este médico irá defrontar, espera-se que ele esteja preparado para adotar uma estratégia particular para dar conta desta tarefa.

Vejamos a narrativa de João sobre o que é ser médico do PSF:

*A gente na verdade, nós somos especialistas naquela população, o médico de família é isso. Então, se você pegar um médico de família e outros, não têm o mesmo conhecimento, nunca, mesmo porque se você pegar, fazer um clone de um médico e colocar em unidades diferentes, depois de uns cinco anos você vê a formação totalmente diferente de outra porque está adequado àquela realidade. Então ele não é assim 'pret a porté', já está feito para poder ser exportado e ele vai ser de família e pronto. Os melhores profissionais são os que estão atuando mesmo naquela área. Então, a medicina da família, por envolver as questões que não é só atender as quatro especialidades básicas que são a pediatria, a clínica médica, ginecologia e cirurgia, mas é porque nós somos médicos, não importa, nós somos médicos especialistas em pessoas, que trazem problemas, que são diferenciados, muitas vezes não tão claros, não é?*

De um modo geral, a formação do médico hoje enfatiza o campo das especialidades, preparando o profissional para atuar em grandes centros urbanos e em

hospitais de alta complexidade onde se faz uso de equipamentos e recursos tecnológicos sofisticados.

Este aspecto da formação comporta visões antagônicas, pois ao mesmo tempo que não desprezam o desenvolvimento tecnológico alcançado pela medicina ao longo dos anos, os médicos criticam a ênfase exacerbada das escolas de Medicina à tecnologia em detrimento de uma formação “mais humana” do médico.

Ao perguntarmos à médica **Márcia** o que é, para ela, o PSF, obtivemos esta resposta:

*[...] eu acho que é... às vezes o pessoal tem a impressão que vai voltar o médico que só com o estetoscópio resolve tudo, não sabe que hoje em dia a tecnologia avançou muito. E dizer que então voltou aquele médico da família que senta na beira do leito, dá um monte de prescrições e tudo resolve. Eu acho que é um retorno do lado humano que existia antigamente e que foi perdido com a implantação da tecnologia como soberana. E também, além disso, um agregado de conhecimento da dinâmica familiar que a gente perdeu, realmente perdeu. Perdeu no contexto da faculdade [...].*

O discurso de **Márcia**, tal como proposto nas diretrizes do PSF, apontam para o restabelecimento da relação entre médico e paciente que se vem deteriorando em face do modelo técnico e biologicista dominante na saúde.

Ao sair da escola de Medicina, com a expectativa de atuar em um grande centro urbano, o profissional médico irá deparar-se com um mercado competitivo. Assim, provido de habilidades desenvolvidas durante a sua formação, para atuar com procedimentos terapêuticos refinados, o médico recém-graduado poderá, na verdade, vir a atuar na periferia de um grande centro urbano, nas unidades de saúde. A atuação orientada por esse conhecimento especializado, estará desvinculada da realidade social, fazendo com que prevaleça aquela visão desfavorável que perpetua nos serviços de saúde, isto é, do médico que realiza dezesseis consultas por dia e vai embora, não cumpre horário, não examina o paciente, enfim, a imagem do profissional descomprometido com o seu trabalho.

O relato de **Fábio**, a seguir, revela a desconformidade da formação médica em preparar o aluno para atuar na Saúde Pública:

*Olha, eu não posso dizer assim com detalhes o que acontece com o aparelho formador dos profissionais de saúde. Genericamente, eu poderia dizer o seguinte, genericamente o que acontece em várias escolas não é? Formam profissionais exatamente para...que vão no caminho contrário à descentralização do saber, está certo? O saber médico garante para ele um status de poder, o poder dentro da equipe e perante a própria população. Então... esse profissional médico, a formação das escolas que formam esse profissional, no geral, elas funcionam ainda dentro dessa lógica e acabam formando profissionais muito despreparados para atuar na realidade de saúde nossa, está certo? Acabam formando profissionais ainda muito voltados para as especialidades médicas, para atuar em grandes centros, hospitais de alta complexidade, isso eu acho que ainda é o geral, infelizmente.*

Sobre este aspecto da formação, apuramos o seguinte com o depoimento de **Márcia**:

*[...] quando a gente faz faculdade, a gente é colocado como onipotente, que tudo sabe, tudo vê, tudo realiza. Com frequência surge sentimento de impotência por causa das coisas que a gente não consegue resolver e contra as quais tu olha para um lado, olha para outro e não aparece nenhuma solução. E pode tentar resolver, mas não consegue muitas vezes colocar estas pessoas numa melhor situação financeira, um conflito familiar que tu não consiga resolver, por mais que tu não tente intervir, se sente como estivesse com as mãos amarradas.*

Estes relatos, apontam mais uma vez, a contradição vivida pelos médicos do PSF. No exercício de sua prática precisam lidar com a delegação de poder, isto é, restituir o poder ao paciente. Contudo, na escola médica, muitas vezes são incentivados para o exercício de uma prática que enfatiza uma ideologia, isto é, a de que o paciente nada sabe.

Esta idéia, contribui para que sua prática seja, muito provavelmente, exercida com o fim de reforçar a sua autoridade.

Diante dessas circunstâncias, as possibilidades de implementação de uma medicina preventiva, como quer o PSF, são remotas, pois esbarram nas formas socialmente construídas entre médicos e pacientes e entre médicos e outros profissionais de saúde.

Boltanski (1989, p.45) mostra no processo saúde/doença, a legitimação da relação de poder entre médicos e pacientes:

A atitude autoritária do médico frente aos membros das classes populares, sua reserva em fornecer-lhes aquela informação, mínima, a única que lhes permitiria dar um sentido aos atos e às misteriosas prescrições do médico, nunca aparece tão claramente quanto no exercício da medicina preventiva, "medicina da saúde", que exige, no entanto, para se completar totalmente, uma estreita colaboração entre o médico, encarregado de difundir as regras de higiene e aqueles que devem pô-las em prática.

Entre os aspectos que contribuem para o predomínio do enfoque tradicional na formação do médico estão as expectativas dos alunos ao ingressarem no curso, o discurso dos professores em sala de aula e a visão da própria sociedade que identifica a prática do médico sob esta perspectiva.

Contudo, a atuação, segundo esta perspectiva, está relacionada com uma visão de mundo de acordo com a qual os mecanismos de mudança centralizam-se no indivíduo, desvinculados das condições concretas, complexas e estruturais da sociedade.

O depoimento do médico Fábio aponta nesta direção:

*Eu acho que um suporte do ponto de vista de... um suporte de capacitação para esses profissionais, de motivação, de sensibilização desses profissionais dessa equipe, um trabalho onde se possa ter uma dinâmica com a equipe para preparar a equipe para atuar junto àquela comunidade, é fundamental. É...uma educação continuada. Um aspecto que é importante, que eu acho que as escolas deveriam dar mais atenção, é no aspecto de você entender que do outro lado existe uma pessoa que faz parte de uma família, que mora dentro de uma comunidade e essas pessoas tem formas, crenças, formas diferentes de enxergar o mundo. Ele não precisa nem entender, não precisa entender do jeito que o outro entende, que daí, eu acho que não é esse o caso, não é? Não precisa pensar do jeito que o outro pensa, mas eu acho que ele tem que entender que as pessoas podem pensar de forma diversa da dele, isso é fundamental.*

O que conseguimos apurar com nossa investigação é a existência de iniciativas de várias escolas de Medicina que estão realizando mudanças no currículo

do curso de formação médica no intuito de provocar modificações na formação destes profissionais.

O depoimento do médico Manoel, também nosso informante, que havia exercido o cargo de coordenador de um curso de Medicina, e, portanto havia participado do processo de reestruturação do currículo, trouxe-nos contribuições importantes para a compreensão da formação médica.

*[...] a formação geral do médico foi quase que abandonada, porque, ao final de contas, o currículo era um amontoado de disciplinas e os estudantes eram estimulados, de preferência logo no primeiro ano, definir a especialidade que ele ia fazer.*

Manoel relata:

*[...] e aí a gente passou a ter os absurdos da incorporação tecnológica abusiva, distorcida. Então as tomografias se banalizaram como se fosse uma coisa imprescindível, não é? O absurdo de exames complementares absolutamente sem indicação, sem necessidade e essa incorporação tecnológica que vamos dizer assim, tem a sua expressão máxima nas Unidades de Terapia Intensiva, ela acabou gerando uma enorme distorção do ponto de vista da formação profissional, quer dizer, você voltou a formação para formar profissionais que iam para a residência médica, ou aqueles que não conseguiam a residência, era aquela sobra de profissionais que caíam no mercado e que já se sentiam despreparados, desmotivados e que iam ter uma atuação clínica generalista de...segunda categoria.*

As mudanças efetuadas no novo currículo:

*[...] o que a gente estabeleceu, como grande objetivo, do ponto de vista do profissional é valorizar a formação ética e humanista do médico, valorizar um profissional que seja capaz de trabalhar em equipe de saúde. A gente procura no final do curso, capacitar o estudante para realmente atuar no Sistema de Saúde, com competências e habilidades claramente definidas [...] E o que eu percebo é isso, a Saúde da Família tenta incorporar a questão da atuação da equipe de saúde não exclusivamente do ponto de vista curativo, mas valorizando a questão da promoção da saúde. Ao você definir uma população a ser coberta por aquela equipe, você tem muito mais condição de interação com a comunidade [...]*

Esta pesquisa não tem o propósito de estender a discussão sobre os currículos das faculdades de Medicina, no entanto, ressaltamos uma experiência que questiona os modelos tradicionais utilizados na formação dos profissionais da saúde. O Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade - visa integrar a universidade, os Serviços de Saúde e a comunidade local e tem como proposta contribuir para as mudanças organizacionais e de modelos de saúde tradicionais.

A cidade de Londrina, faz parte do grupo de municípios que implantaram este projeto, apoiado pela Fundação Kellogg. A universidade é a “porta de entrada” e os Serviços de Saúde e a comunidade também integram o projeto (SILVA, 2001).

Com a implantação deste projeto, são esperados resultados em diferentes níveis. Na comunidade: desenvolvimento de autocuidados em saúde; desenvolvimento de atividades multiprofissionais envolvendo a universidade e os serviços e o desenvolvimento de lideranças comunitárias. Na universidade: desenvolvimento de modelos acadêmicos em consonância com a comunidade e com os Serviços de Saúde. Nos Serviços: desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde com enfoque familiar, entre outros (SILVA, 2001).

O curso de Medicina, da Universidade Estadual de Londrina, adotou a partir de 1996 nova metodologia modificada de ensino/aprendizagem baseada em problemas (PBL)<sup>17</sup>. Além disso, possui como atividade curricular, o Projeto Especial de Ensino (PEEPIN) que se desenvolve com alunos dos cursos da área de saúde e que se utiliza da Metodologia da Problematização<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> O método PBL é uma estratégia pedagógico/didática centrada no aluno. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas de ensino são elaborados por uma comissão de especialistas com o propósito de abordar todos os conhecimentos essenciais do currículo. O aluno é exposto a situações motivadoras nos grupos tutoriais e através dos problemas é levado a definir objetivos de aprendizado cognitivo sobre os temas do currículo. Estágios e atividades laboratoriais completam a sua formação antes do internato médico que é semelhante aos das escolas que adotam o método tradicional. Informações adicionais sobre o assunto estão disponíveis no site [www.uel.br/uel/medicina](http://www.uel.br/uel/medicina).

<sup>18</sup> Na Metodologia da Problematização enquanto alternativa de metodologia de ensino, os problemas são identificados pelos alunos pela observação da realidade na qual as questões de ensino estão acontecendo. Os problemas são extraídos da realidade social, “dinâmica e complexa” (BERBEL, 1998, p.149).

A proposta pedagógica da problematização prevê a “reconstituição crítica do processo de construção do conhecimento, partindo da identificação e chegando até a solução do problema” (CAMPOS, 1999).

Com relação ao trabalho multiprofissional, os depoentes expressam que nem tudo é uma maravilha quando se trabalha com diferentes profissionais, pois significa ter que tolerar as diferenças de agir e pensar dos membros da equipe. No relato de João a seguir, observamos um certo mal-estar:

*[...] em relação ao que eu não gosto (risos) é ... uma dificuldade muito grande que a gente tem lá é trabalhar em equipe. É difícil, mas não assim trabalhar em equipe. Trabalhar em equipe eu gosto, acho excelente, eu não sei... isso é uma questão específica minha. A equipe é muito engessada, sabe? Não sei se eu sou incendiário demais, mas as mudanças são muito pequenas, sabe? A equipe, o funcionamento dela, a gente não tem conseguido mudar, não é? E disso eu não gosto, porque a nossa convivência diária é muito tempo junto. Então você tem que conversar com as pessoas, você está no contato direto com elas. Então eu considero essa uma dificuldade no trabalho. O que eu não gosto é quando não é equipe, as coisas não funcionam como equipe, as pessoas pensam... não sei se você conhece aquela dinâmica do relógio, todo mundo constrói um relógio junto para sair no final lá. Parece que cada um está com um modelo de relógio na cabeça e isso me desgasta muito, sabe, ter que fazer, ter que refazer, tem que convencer a pessoa desta ou daquela coisa. O serviço público sofre muito com isso, está engessado mesmo.*

João utiliza uma metáfora para explicar a situação de isolamento do profissional médico na equipe de saúde:

*[...] existe um tipo... a Administração fala de um tipo de chefia, eu li isso num livro de Administração, que era o Cavaleiro Solitário, que é o chefe que consegue dominar todos os processos, não é? Ele domina todos os processos e é chefe e interfere em todos, mas é uma pessoa que acaba se enfrasando nos processos, acaba tendo problemas em ser empreendedor, que ele não é, cria um problema. No Saúde da Família, talvez o único profissional que domina todos os processos sejamos nós, não é? Acho que talvez a aplicação de BCG aqui, nós não fazemos, o médico não faz, mas o resto, e isso não é de forma nenhuma uma conquista no sentido de que seja de se orgulhar, não é? Mas o próprio pessoal da enfermagem acaba reforçando isso diariamente, não é?*

O que podemos observar quanto a este aspecto, coincide com os resultados da pesquisa realizada por Fabbro (1996) sobre o processo de formação de identidade da enfermeira. Sua análise permitiu visualizar a enfermeira em crise de identidade em vista das dificuldades em “assegurar sua ação singular, o saber que lhe é próprio, o seu espaço no exercício profissional bem como a uma perda da referência de modelos de cuidado e de enfermeira que serviram por longos anos na figura da enfermeira submissa e despolitizada”.

Levando-se em conta que a proposta do PSF traz algo de novo, ou, como já foi dito, tenta recuperar alguns valores, a novidade estaria no trabalho multiprofissional. A troca de conhecimentos, isto é, a possibilidade do não aprisionamento dos saberes e prática em “núcleos específicos” de cada profissional, é condição imprescindível para o trabalho em equipe.

Bem, temos conhecimento de experiências, como, por exemplo, a que foi relatada pelo nosso informante, o médico Manoel, conforme o qual a formação do profissional médico é estruturada a partir de uma visão multiprofissional, isto é, possibilitando, através do processo de ensino, que alunos dos diferentes cursos da área da saúde, tais como, Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, dentre outros, tenham a possibilidade de atuação em atendimento primário através de um trabalho em equipe.

Contudo, mesmo que os cursos da área de saúde modifiquem sua estrutura curricular, no intuito de melhor preparar profissionais para atuarem no Sistema de Saúde, isso não será suficiente se também não ocorrerem mudanças na organização dos serviços de saúde.

Sobre esta questão Merhy (1999, p.3) relata:

[...] embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

Diante disto, parece que a questão precisa ser abordada em dois níveis: repensar a formação dos profissionais da saúde de forma a possibilitar uma prática efetiva com a equipe de saúde, bem como produzir mudanças no processo de trabalho, reorganizando o trabalho do médico e dos outros profissionais.

O que pode ser observado, através dos relatos dos entrevistados é que a tônica do modelo de Saúde da Família continua medicocêntrica, isto é, esperando que as decisões sejam tomadas pelo médico. Quanto à capacitação da equipe, a ênfase é dada aos profissionais de nível superior. Nesse sentido, não há diferença em relação à unidade convencional. Esse fato pode ser constatado no relato de João:

*[...] a gente organiza o trabalho e treina como medicina familiar e aí os enfermeiros ficam fulo da vida, com certeza, e com razão, não é? Então tipo assim: 'você está me treinando como médico e eu não sou, sou enfermeira'. E aí a formação acaba sendo melhor, assim...a estrutura do trabalho continua sendo medicocêntrica e na hora de fazer também é medicocêntrica. Hoje está assim, tudo tem que passar pelo médico e acaba sendo descartável outros... outras... assim... a enfermagem, a odontologia que absolutamente está em outro mundo, para nós está separado, infelizmente [...]*

Com as questões discutidas neste capítulo procuramos mostrar alguns dos aspectos da realidade do médico de saúde pública e do PSF, enfocando a escolha profissional e a formação acadêmica.

Em síntese, a condição para a alteração da identidade do médico implica considerar a perspectiva de mudança de uma imagem tradicionalmente formulada e que tem consolidado uma prática de atendimento à saúde fortalecedora de relações autoritárias, que cerceiam as possibilidades concretas de um atendimento mais humano.

As possibilidades do médico refletir sobre sua situação, podem levá-lo a mudanças nas formas de atendimento, viabilizando relações mais igualitárias entre ele e os usuários no que diz respeito ao cuidado com o corpo e com a saúde. Com relação à equipe, abre-se a possibilidade da construção de relações mais solidárias entre os seus membros, ampliando-se a autonomia dos profissionais da área de enfermagem e

dos auxiliares de enfermagem no serviço de saúde, no sentido de maior valorização de suas atividades.

Contudo, as discussões para a instituição de uma nova relação entre os profissionais da saúde e a população devem incluir a participação de outros segmentos sociais, tais como os conselhos municipais de saúde, as associações de moradores de bairro, as escolas, entre outros, que poderiam contribuir, sobretudo, para avançar no relacionamento.

## VI IDENTIDADE SOCIAL

Nesse capítulo, trataremos da questão da identidade social como categoria de análise, enfocando o processo de formação da identidade do profissional médico e aprofundando a discussão sobre a identidade-mito do médico e as possibilidades deste profissional abdicar da identidade-papel.

A questão que queremos focar é a seguinte: precisa o médico de família, abdicar da imagem tradicional, da imagem que se faz dele? Pois, embora ele possa abdicar do papel esperado, a representação que a população tem dele é ainda do médico tradicional, figura revestida de autoridade, que realiza consultas e prescreve medicamentos.

Ser médico de família é antes de tudo, não enxergar o outro como paciente (como um ser passivo). E o que significa isso?

É efetivamente admitir o saber do outro, isto é, admitir que o outro, o 'paciente', tem um conhecimento sobre o processo do adoecer e da possibilidade de cura. Trata-se, portanto, de proceder, verdadeiramente, de forma dialógica na relação com este paciente.

### 6.1 Papel Social

Ao analisarmos o cotidiano de uma equipe de saúde, podemos verificar se o que o médico faz pode identificá-lo como tal, e se este papel está sustentado pela atividade ou por estereótipos.

De acordo com Goffman (1995, p.25),

[...] quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pedelhes para acreditarem que o personagem que vêem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as conseqüências implicitamente por ele e que, de um modo geral, as coisas são o que parecem ser.

O que parece importante neste aspecto é compreender como uma representação pode ser socializada, adaptada ou modificada para corresponder às

expectativas da sociedade. Ao se apresentar diante dos outros, o indivíduo tenderá a incorporar os valores que são reconhecidos pela sociedade.

Goffman (1995, p.29) utilizou o termo “representação”<sup>19</sup> quando quis se referir “a toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência”. O conceito de fachada é empregado para definir “o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconscientemente” que é utilizado pelo indivíduo durante a representação. Fazem parte da fachada o cenário que inclui a mobília, a decoração, a disposição física, entre outros elementos.

No caso do médico, especificamente o profissional da saúde pública que realiza o atendimento em unidades de saúde, este não contará, em seu ambiente, com um aparato tecnológico como existem nos hospitais ou mesmo nas clínicas especializadas. Dessa forma, como não pode contar com os recursos que comporiam o cenário da atividade do médico, o “forte” passa a ser a relação que se estabelece entre ele e o paciente. Nesse sentido, precisará construir com o paciente um vínculo baseado em outros critérios tais como: conhecimento, confiança e reconhecimento.

No entanto, se o médico dá muita importância ao cenário e a outros elementos, como por exemplo, a aparência, que compõe a fachada, tenderá a confirmar a imagem tradicional, como podemos ver no relato de Álvaro:

*Eu trabalhei, para te citar um exemplo, trabalhei em Araucária e tinha lá um doutor que... era... ele tinha assim uma criação, que não era muito apegado às coisas... materiais. Então ele vinha até meio que nem... surgiu uma época da moda da calça rasgada, meio desfiada, ele atendia isso, sem problema nenhum. Eu uma vez estava saindo do posto, estava conversando com a enfermeira na entrada e tinha dois rapazes conversando, dois homens. Aí chegou o doutor, naquele aspecto não muito comum para um médico e entrou. E os rapazes falavam assim: ‘Ah, chegou!’ ‘Quem?’ ‘O médico!’ ‘Qual, aquele que passou aqui?’ ‘É, aquele lá’. ‘Aquele é o médico?’ ‘É’. Ah, eu vou embora’. Foi embora, porque o aspecto, a aparência dele não era de um médico.*

---

<sup>19</sup> A tradução não é a melhor podendo-se traduzir “representar” por “presentificar” o que corresponde ao sentido original do texto.

Neste depoimento de **Álvaro**, podemos observar como a população possui uma visão estereotipada da figura do médico: aquele profissional que se veste de branco, prescreve medicamentos, solicita exames. Se este médico interiorizar o papel esperado, poderá manter essa representação e estará cristalizando o papel tradicional do profissional médico.

Quando assume característica socialmente estabelecidas, o médico geralmente percebe que já existe uma determinada fachada para o seu papel e poderá desejar mantê-la. No caso de assumir um papel novo e que não esteja socialmente estabelecido, ou, caso tente modificar a idéia que se tem do seu papel, descobrirá a existência de outras fachadas entre as quais terá que escolher.

Para compreendermos melhor como uma representação pode ser socializada, adaptada ou modificada, visando corresponder às expectativas da sociedade, citamos Goffman (1995, p.41):

[...] quando o indivíduo se apresenta diante dos outros, seu desempenho tenderá a incorporar e exemplificar os valores oficialmente reconhecidos pela sociedade e até realmente mais do que o comportamento do indivíduo como um todo.

O que observamos no cotidiano dos médicos, quanto à manutenção das formas tradicionais de atendimento, pode ser traduzido pela interiorização dos valores instituídos pela sociedade. E quando incorpora os valores desta sociedade, o médico está também, confirmando as expectativas em torno de seu desempenho e sedimentando a representação de um personagem.

Tomamos como exemplo o depoimento de **João**:

*Então é assim, dá uma tristeza muito grande você olhar noventa, cem pessoas na sala e que de uma forma ou de outra, todas vão passar pelo médico, quer seja com consulta, quer seja perguntando o que fazer. Isso tem sido muito estressante para a gente, mas por outro lado, só foi o atendimento clínico que me legitimou lá dentro. É muito gratificante, porque você vai para a área e as pessoas te reconhecem: 'o senhor me ajudou com aquele remédio'. Muitas pessoas colocam e a gente não se lembra delas. E isso abriu as portas das casas das pessoas para a gente. Então não dá para prescindir do atendimento clínico, precisa ter*

*atendimento clínico, só que há de se estabelecer uma maneira de você não exaurir toda a capacidade dos profissionais num atendimento, numa demanda. É mais cruel do que um 24 horas.*

**João** continua a sua narrativa:

*[...] a gente passa a ser conhecido e assim... eu sei que isso pode parecer cabotino, fantasioso, mas... eu e M., a gente foi no shopping Miller e a ascensorista disse: 'Ah, vocês aqui, o Dr. João e a Dra. M. lá da unidade de saúde, trataram da minha mãe...'. Vai no supermercado, o caixa: 'Ah, lembra de mim, eu sou lá de não sei onde, vocês trataram de nós...'. Um dia no mercado à noite, um repositor disse: 'passeando, hem?' Então, o repositor veio falar, era paciente em Curitiba, uma cidade grande, mas uma população que acaba conhecendo a pessoa pelo nome, não é?*

Podemos observar, neste relato, que este médico não consegue se libertar de sua identidade estereotipada pelo papel que exerce (a identidade tradicional do médico clínico), pois que quando ele corresponde às expectativas da população (por exemplo, atendendo um grande número de consultas) ele se vê reconhecido e legitimado por esta população.

Semelhante procedimento leva usuários e pacientes a procurar os médicos, mesmo quando podem prescindir de seus cuidados. Há, nesse caso, uma demanda à autoridade deste profissional e uma crença de que exclusivamente o médico está credenciado a conhecer os males que afligem o doente e somente ele possui o poder de cura.

**João** sente-se gratificado ao ser reconhecido pela população mesmo que, para isso, tenha que atender um elevado número de pacientes. O desejo de reconhecimento, recorrente e inflacionado do médico, cristaliza a sua posição como autoridade afetiva.

A justificativa para esta atitude, segundo os médicos do PSF, está calcada na crença de que agindo assim estariam obtendo a legitimidade desta população, e as ações que visariam alterar o atual modelo dominante são introduzidas de forma cautelosa pelo receio de “azedarem” a relação de confiança (dependência?),

bem como o vínculo estabelecido entre o médico e os pacientes por meio de práticas tradicionais.

Em nossa análise, esta situação reflete, de um lado, o receio que o médico tem de alterar a sua imagem e, dessa forma, perder a sua autoridade junto ao paciente. E, de outro lado, a dificuldade da população para libertar-se dessa “figura de autoridade”, em vista do modo como foram, historicamente, construídas as relações entre médico e paciente.

A existência da figura do médico idealizada pela população é reconhecida por Fábio, nosso informante:

*[...] a população espera muito da figura do médico. Aliás, para a população, se a gente for fazer uma pesquisa eu acho que, dos serviços de saúde, o sistema de saúde ainda é centrado na figura do médico.*

Em seguida, este médico diz:

*[...] eu acho que pela lógica dominante da população, a imagem, a figura do profissional médico, ela tem um espaço privilegiado, um espaço diferenciado. Eu estou dizendo em relação a essa lógica, tá certo? A figura do médico, está envolta em uma série de questões que não vale a pena discutir agora, mas, tem essa característica, essa conotação diante da população, certo?*

E que questões seriam estas para as quais este médico aponta? Parece-nos que o médico Fábio, em sua narrativa, fala, de forma velada, sobre as relações de poder/saber entre médico e paciente e sobre as formas como estas relações foram construídas.

No entanto, ao mesmo tempo que reconhecem como problemática a centralização do atendimento na figura do médico, alguns médicos também mantêm, centralizando em si esse atendimento, já o dissemos, como forma de obter o reconhecimento. Para tanto, estes médicos se sobrecarregam, bem como a equipe, atendendo uma alta demanda, por vezes curativa.

## 6.2 A construção social da realidade

De acordo com Berger e Luckmann, desde que o homem nasce, o seu desenvolvimento orgânico e grande parte do seu ser biológico é socialmente determinado. O tornar-se humano é determinado pela variabilidade das formações socioculturais. Dessa forma, não podemos falar de uma natureza humana que seja biologicamente fixa, mas que “o homem constrói sua própria natureza”.

Do mesmo modo, a formação do eu também está submetida a um contínuo desenvolvimento orgânico e social. Tanto o organismo, quanto o eu, só podem ser compreendidos no contexto social em que foram formados.

Os estudos de Berger e Luckmann (1995, p.47) demonstram que a realidade é construída socialmente e que a interação social se dá na situação face a face através das experiências que os indivíduos compartilham uns com os outros:

Na situação face a face o outro é apreendido por mim num vívido presente partilhado por nós dois. Sei que no mesmo vívido presente sou apreendido por ele. Meu “aqui e agora” e o dele colidem continuamente um com outro enquanto dura a situação face a face.

Para existir vida em sociedade, é preciso que os indivíduos que a constituem sejam capazes de realizar a “interiorização de acontecimentos objetivos”. Para Berger e Luckmann (1995), a interiorização é a base da compreensão de nossos semelhantes e da apreensão do mundo, ou seja, é a base da socialização.

A sociedade é ao mesmo tempo uma realidade objetiva e subjetiva<sup>20</sup>, podendo ser compreendida como um processo dialético, compondo-se de três momentos: exteriorização, objetivação e interiorização.

Sendo a exteriorização humana uma necessidade, não há possibilidade de haver uma interioridade absoluta. Assim, o ser humano está constantemente se exteriorizando na sua atividade.

---

20 Quando a socialização é “bem sucedida” percebe-se o estabelecimento de um alto grau de simetria entre as duas realidades. Para que um indivíduo mantenha sua auto-identificação como alguém de importância na sociedade (realidade subjetiva), é necessário que ele esteja num meio que confirme essa identidade (realidade objetiva).

Para Berger e Luckmann, a objetivação é “o processo pelo qual os produtos exteriorizados da atividade do homem adquirem o caráter de objetividade.”

Segundo estes autores, a interiorização é uma outra etapa deste processo no qual “o mundo social objetivado é de novo introduzido na consciência durante o processo de socialização”. Ao mesmo tempo, este mundo necessita ser legitimado para poder ser interpretado.

De acordo com os autores, através do desempenho de papéis, o indivíduo tem a oportunidade de participar de um mundo social. E, ao interiorizar ele estes papéis, o mundo tornar-se-á subjetivamente real para ele.

No processo de interiorização, de acordo com Berger e Luckmann (1995), tem-se “a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido” pelo indivíduo, a saber, “como manifestação de processos subjetivos de outrem”, tornando-se, dessa forma, subjetivamente significativo para este indivíduo.

Na interiorização, o indivíduo não só compreende os “processos subjetivos do outro”, como também o mundo em que vive, tornando-se esse mundo o seu próprio mundo.

No entanto, não é pelo fato do indivíduo “assumir” o mundo em que outros vivem, que este mundo não possa ser “modificado” ou “recriado”.

Os papéis, de acordo com Berger e Luckmann, também podem ser reificados<sup>21</sup> da mesma forma que as instituições; sendo assim, o indivíduo pode justificar que precisará agir de um determinado modo por causa da posição que ocupa.

Podemos dizer que a própria identidade pode ser reificada, pois os indivíduos se identificam com as tipificações que lhes são atribuídas socialmente.

Diante do exposto, será que podemos pensar em identidades reificadas dos profissionais médicos? Se os médicos, através do processo de socialização

---

21 Berger e Luckmann utilizam o conceito de reificação, no caso do indivíduo ser capaz de esquecer-se de sua autoria do mundo humano. Se a objetividade do mundo social se mostra ao homem como algo que está situado fora dele, resta saber se o homem pode compreender que o mundo social, embora objetivado, foi produzido pelos homens e, sendo assim, pode ser refeito por eles.

primária e da socialização secundária<sup>22</sup>, apreenderam determinados significativos, interiorizando-os e tomando-os seus, isso implicou no estabelecimento de uma identidade. Além disso, os médicos poderão encontrar em sua vida cotidiana, outros significantes que reafirmarão a sua identidade.

### **6.3 A Identidade e sua Dimensão Política**

As diversas formas de violência e exploração dentro ou fora das organizações de trabalho às quais está submetido o ser humano deixam um espaço reduzido para a expressão de seu modo de ser.

Os problemas referentes à identidade e ao poder estão presentes quando se enfoca o trabalho e as relações que se estabelecem entre este e os trabalhadores.

Se é verdade que cada indivíduo, nas relações sociais que vivencia, configura uma identidade pessoal com uma história singular, diante das situações de opressão e exploração, ele estará vivendo uma vida que não é a sua de fato, estando impossibilitado de conduzi-la à sua maneira.

O cotidiano de trabalho está entremeado de situações que colocam o trabalhador frente a uma questão fundamental: a de sua existência, isto é, quem é ele, ou, quem ele não é ou não pode ser, quando faz parte de uma organização. Neste sentido, trata-se também de focar as diversas formas deste trabalhador ser impedido de “concretizar sua humanidade” (CIAMPA, 1990).

Dessa forma, a questão da identidade é antes de tudo “uma questão social, uma questão política” (CIAMPA, 1990).

De acordo com este autor, estudar a identidade remete a uma busca de conhecimento sobre nós mesmos. Daí que, no campo da investigação, as perguntas deverão estar direcionadas de tal forma a obtermos respostas que nos esclarecem quem somos nós.

---

<sup>22</sup> A socialização primária refere-se à primeira socialização do indivíduo, aquela que ele experimenta na infância, a família. A socialização secundária refere-se aos processos posteriores responsáveis por introduzir o indivíduo, já socializado, em “novos setores do mundo objetivo de sua sociedade, como por exemplo o trabalho” (Berger e Luckmann, 1995).

Bem, indagar quem somos nós implica em um processo de conscientização de nós mesmos, em uma tarefa infundável em busca de autoconhecimento, que muitas vezes esbarra em limites impostos por nós mesmos.

De fato, é muito difícil lembrarmos das inúmeras situações em que estivemos às voltas com a questão da identidade. Quem já não se perguntou: “o que sou?”; “que importância eu tenho para os meus pais?”; “será que sou mais amado pelos meus pais do que meus irmãos?”; o que eu represento para os meus amigos?”; “como sou como esposa ou marido?”; “e como profissional?” Todas estas questões irão surgir praticamente durante toda a extensão de nossa vida. São preocupações de nossa condição humana.

Ao focar a identidade do médico no modelo de Saúde da Família, pretendíamos conhecer a sua trajetória profissional na saúde pública, o porquê de suas escolhas, o que pensava e em que acreditava ao fazer sua opção.

Assim, ao estudarmos o profissional médico, buscamos compreender uma instância particular de sua vida, de seu modo de pensar, de agir e de sentir diante das situações em que se encontra, nas escolhas que fez, na relação com seus pares, com os outros profissionais com quem trabalha e com os seus pacientes. Para tanto, vamos encontrá-lo desempenhando várias personagens: homem ou mulher, casado, solteiro ou separado, pai ou mãe. Assim, poderemos notar o quanto a sua vida está impregnada da personagem do médico, o que isto significa, quais as conseqüências e implicações para as outras instâncias de sua vida.

#### **6.4 A Identidade-mito do Médico do PSF e as Possibilidades de uma Identidade-metamorfose**

Afirmaram Berger e Luckmann (1995, p.228):

[...] a identidade é evidentemente um elemento-chave da realidade subjetiva, e tal como toda realidade subjetiva, acha-se em relação dialética com a sociedade. A identidade é formada por processos sociais. Uma vez cristalizada, é mantida, modificada ou remodelada pelas ações sociais [...] Inversamente, as identidades produzidas pela interação do organismo, da consciência individual e da estrutura social reagem sobre a estrutura social dada, mantendo-a, modificando-a ou mesmo remodelando-a.

Dessa forma, para o médico conservar a idéia de que é na verdade o que pensa que é, ele necessita da confirmação desta identidade que é outorgada pelos outros (membros da equipe e pacientes).

Nos depoimentos que analisamos vimos a possibilidade, do médico do PSF, confirmar uma identidade conferida pelos seus pacientes. Ao atender as expectativas dos pacientes, através de sua prática, estará confirmando uma identidade idealizada. Dessa forma, isto é, através das relações que estabelece com os pacientes e com a equipe da unidade, o médico também constrói sua identidade. Resta saber se este médico pode realmente libertar-se de um papel atribuído pela estrutura social e modificar ou remodelar sua identidade.

Citamos o depoimento do médico **Álvaro**:

*Nossa equipe aqui, nós relacionamos muito bem, sabe, dividimos. Eles tem liberdade de falar comigo, então... de expor, até me chamam pelo primeiro nome, não é doutor, às vezes é doutor Álvaro, às vezes é Álvaro., depende se tiver pessoas perto, sempre me respeitam nesse sentido, não é só em grupo, mas sozinho é Álvaro, mas se tem as pessoas é Dr. Álvaro, para não perder o respeito, não é?*

Analisando-se este relato, percebe-se a dificuldade deste médico desvencilhar-se do papel convencional e das normas existentes. Ele vive um paradoxo: de um lado, existe a possibilidade de “abrir mão” de sua posição na hierarquia e na relação com os demais membros da equipe, os enfermeiros e os auxiliares; de outro lado, existe uma disposição de manter sua imagem inalterada. O que significa “perder o respeito”? É perder a autoridade que sua posição lhe garante?

Berger e Luckmann (1995, p.121) admitem que, na medicina, existe um subuniverso de significação que confere sentido objetivo às atividades do médico. Caso se considere este subuniverso, merecedor de privilégios e reconhecimentos especiais, poder-se-á deixar de fora os indivíduos que se julgam estranhos e ao mesmo tempo fazer com que reconheçam a legitimidade deste comportamento. Desse modo, a população é persuadida pelo medo da doença e da morte e pelo benefício de sua obediência a não resistir às orientações do médico. Para reforçar a autoridade do médico, “a profissão médica recobre-se com os velhos símbolos de poder e mistério,

das vestimentas exóticas à linguagem incompreensível, tudo isso naturalmente legitimado para o público e para ela própria em termos práticos”.

De certa forma, o médico deseja manter a autoridade sobre o paciente, visando a que eles atendam as suas determinações.

O que precisamos investigar melhor é se, na Saúde Pública, o médico é confrontado pelos “conhecimentos comuns” do paciente.

**Álvaro** continua a relatar a sua relação com os pacientes:

*É aquela história: quem tem um olho na terra de cego, quem tem um olho é rei. Se você tratar bem as pessoas, as pessoas só te procuram. Se você acerta o diagnóstico, vai na casa das pessoas, conversa, desce, vamos dizer assim, porque para outros médicos é descer o nível, não é? Ou ficar no mesmo nível, se manter no mesmo nível da pessoa, eles me vêem como um bom médico, até excelente, até demais nisso, acham que eu sou o poderoso, que eu resolvo tudo. Mas, não é bem assim que funciona, não é? Mas eles acham que eu resolvo, querem consultar comigo, sou eu que tem que resolver tudo que é problema. Se vier um outro aqui, vai ter que lutar para poder resolver os... mesmo que ele tente, às vezes ele faz certo a coisa, às vezes faz tudo certo, mas eles retomam para consultar comigo. Às vezes eles vão no 24 horas na 6ª feira e retomam na 2ª feira para consultar comigo...às vezes para conferir a receita apenas. Então, eles adquirem confiança, vínculo... é uma parceria comigo, eles adquiriram também porque podem discutir os seus problemas pessoais comigo e me vêem como um profissional à altura deles, eu acho.*

O médico **João** também destaca a autoridade que o médico tem sobre o paciente. Ele associa esse poder ao poder do xamã ou curandeiro:

*[...] a pessoa pelo fato de buscar assistência, isso muda, sabe? Quando ela admite a questão da doença e passa a participar, a ver com os olhos de quem está doente a si mesmo, o fato de buscar ajuda é benéfico, sabe? Por isso, eu acredito que muito dos curandeiros têm efeito benéfico, não só por uma questão de carisma pessoal deles, mas que a pessoa aceitou que está com problema [...].*

Em outro fragmento de seu relato:

*[...] não sei se você já ouviu falar de uma lenda dos Cabeças de Vacas. Fala que quando eles tomaram lá... quando chegaram nos Andes, eles resolveram vir embora. Eles eram considerados como deuses lá, sabe, e se eles tocassem as pessoas melhoravam e tudo o mais e quando esses indígenas disseram que vinham embora, as pessoas começaram a morrer e começaram a dizer: 'eu não entendi, que coisa mais louca', porque na verdade era conquistador, não tinha nada de bondoso, mas o fato com que... e tudo isso tem influência, sabe?*

Mais adiante, João diz “[...] teu poder terapêutico é maior do que você imagina, por tua presença, pelo que você representa e tudo o mais na comunidade[...]”.

O médico Jonas comenta a relevância do médico na equipe de saúde. Ele não vê problema se o médico evoca elementos simbólicos quando isso ajuda na terapia:

*Esta questão é difícil, a gente fica com melindres para falar nisso, não é? Até por não ser corporativista a gente fica com melindres. Mas eu já superei isso, eu não tenho melindres, eu acho que o médico é importante mesmo na equipe, não adianta. Sabe, você não monta uma equipe pensando em atender saúde da população sem que o médico seja uma figura importante. E ele trabalha com algumas questões que implica em maior risco de vida da pessoa, então é uma coisa mais imediata. Então é claro que ele passa a ter uma importância maior, porque a população dá essa importância para o médico. É bobagem ficar com muita frescura. Eu, já teve tempo que eu não gostava que me chamasse de doutor, pedia que não ficasse com esse troço de doutor. Isso é besteira, bobagem, vai chamar e chama mesmo, porque, sabe, é a maneira que eles... isso é secundário.*

Retornando a Ciampa (1985) somos todos personagens e autores, ao mesmo tempo, de uma história criada por nós mesmos. Verificaremos, então, que a identidade de uma personagem constituirá a de outra e vice-versa. Podemos também nos ocultar naquilo que falamos, isto é, esconder-nos por trás da personagem. Se podemos nos revelar através de personagens, também podemos nos revelar através daquilo que queremos ocultar (revelar, ocultar; desvelar; velar).

No entanto, as pessoas não são tais, que não possam modificar-se, no mínimo, elas crescem, ficam mais velhas, sofrem transformações. São mudanças mais

ou menos previsíveis, desejáveis ou não, controláveis ou não. A identidade seria configurada como uma totalidade de acordo com as mais diversas combinações. “Uma totalidade contraditória, múltipla e mutável, no entanto una. Por mais contraditório, por mais mutável que seja, sei que sou eu que sou assim, ou seja, sou uma unidade de contrários, sou uno na multiplicidade e na mudança” (CIAMPA, 1985, p. 61).

Identidade pressupõe diferença e igualdade. Podemos nos diferenciar e nos igualar de acordo com os diversos grupos sociais a que pertencemos. “O conhecimento de si é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente, com sua história, suas tradições, suas normas, seus interesses, etc.” (CIAMPA, 1985, p.64).

Contudo, não é verdade que os substantivos com os quais designamos a nós e os outros (professor, médico, marido) expressam uma substância, tomando-nos (e os outros) pessoas imutáveis, idênticas a nós mesmas.

Para compreendermos a constituição da identidade do nosso profissional médico, precisaremos considerar o grupo de que ele faz parte, as relações entre ele e os membros deste grupo, conhecer a sua prática, o seu trabalho, isto é, o seu modo de agir, de trabalhar, pensar e sentir. “Nós somos nossas ações, nós nos fazemos pela prática” (CIAMPA, 1985, p.64).

Um indivíduo é identificado por um conjunto de elementos biológicos, psicológicos e sociais, ao mesmo tempo que é representado como uma duplicação mental ou simbólica que expressa a sua identidade. Dessa forma, “a individualidade dada já pressupõe um processo anterior de representação que faz parte da constituição do indivíduo representado” (CIAMPA, 1985, p.65).

Assim, o médico que vai prestar um atendimento primário na rede pública, já é anteriormente representado como médico da unidade pela população a ser assistida. Esta representação prévia o constitui como médico daquela comunidade. Posteriormente esta representação pode vir a ser assimilada por este médico e esse seu processo interno de representação é incorporado na sua objetividade social como médico daquela comunidade. Esta representação será confirmada através das relações que envolvem o médico e os membros da equipe, o médico e os seus pacientes, através de ações que reforcem sua conduta como médico.

Portanto, é na proporção em que é pressuposta a identificação do médico que os comportamentos irão ocorrer, caracterizando a relação do médico com os demais membros da equipe e com os pacientes.

A identidade do médico é consequência das relações que se dão, bem como é uma condição dessas relações. Dessa forma, é pressuposta uma identidade que a cada momento é repostada.

Diante disso, se uma identidade pressuposta é continuamente repostada, ela será vista como já *dada* e não como *se dando*, como diria Ciampa.

De certa forma, re-atualizamos através de rituais sociais uma identidade pressuposta que assim é repostada como algo já dado, retirando em consequência o seu caráter de historicidade, aproximando-a mais da noção de um mito que prescreve as condutas corretas, reproduzindo o social ( CIAMPA, 1985, p. 66).

Se refletirmos sobre a postura do médico na unidade de saúde, poderemos verificar se a prática que realiza de fato não estará confirmando a expectativa da população assistida de que ele é alguém que deve agir de acordo com o que é e ser tratado como tal. Dessa forma, a posição ocupada pelo médico o identifica como dotado de certos atributos que lhe dão uma identidade considerada atemporal. O médico passa a ser visto como um ser idêntico a si mesmo na sua permanência e estabilidade, ao invés de repor uma identidade que uma vez foi posta.

Se, de fato, conforme Ciampa, representamos diferentes personagens em nossa vida, nossa identidade é constituída por diversas combinações. Somos uma unidade, porém contraditória, múltipla e mutável.

Tomando para nossa análise uma instância do que somos, isto é, como somos em nosso trabalho, como nos relacionamos nesse grupo, como é o nosso agir, o que pensamos sobre a nossa atividade, poderíamos verificar a possibilidade de transformação do profissional médico, sua transformação com o trabalho, ou, então, observar a internalização de formas idealizadas (identidade-mito).

Os estudos de Ciampa (1994) apontam para a existência da identidade-mito, da impossibilidade do indivíduo atingir a condição de "ser-para-si", pela não superação das contradições. O *fetichismo da personagem* vai explicar a quase

impossibilidade do indivíduo alcançar a condição de “ser-para-si”, encobrendo “a verdadeira natureza da identidade como metamorfose”.

No caso dos médicos, parece haver da parte deles um receio de não serem reconhecidos, se não representarem um papel a princípio determinado.

O que gera a identidade-mito, por um lado, é um certo encantamento pela medicina tradicional que começa na formação profissional; de outro lado, um desencantamento pelo PSF que, de certa forma, contraria esta representação que o médico tem de si mesmo.

Só mesmo depois que não mais se ligar a identidade do médico a papéis singulares e a normas preexistentes é que poder-se-á falar em identidade pós-convencional (HABERMAS, 1983) ou identidade-metamorfose (CIAMPA, 1994).

A proposta do médico de família não só requer uma mudança nas ações, que enfatizam a prevenção, como também prevê a mudança nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde, tomando o atendimento mais “humanizado”.

Ao perguntarmos para a médica **Paula** o que diferencia o médico do Programa de Saúde da Família dos demais médicos, ela nos disse:

*Olha, eu acho que para você trabalhar em Saúde da Família, tem que saber ouvir um pouco, eu acabei de dizer que eu não ouvia, mas eu acho que precisa saber ouvir sim. Você precisa principalmente sair do papel estereotipado do médico, distante, aquele que coordena a equipe de saúde.*

Vemos nesta narrativa, a possibilidade do médico abdicar de seu papel tradicional. **Paula** reconhece a posição que o médico vem tradicionalmente ocupando na equipe de saúde e a necessidade de estabelecer novas relações.

*[...] eu sei que sou uma pessoa com poder, e o uso que eu vou fazer dele é de minha responsabilidade, não é? Agora, não sou só eu que tenho poder, tem pessoas que têm, que são médicos como eu, que têm poder e não querem dar ou reconhecer o poder, não é? E aí, eu acho que uma função do médico do PSF é reconhecer o seu poder e saber dividir o poder, eu acho que isso é uma coisa muito importante. E aí você aprende a trabalhar em equipe, você aprende a ouvir críticas, você aprende a aceitar contribuições da*

*comunidade, a participar dos conselhos de saúde. De repente 'nêgo' chega lá e: 'pô doutora, não me atendeu aquele dia, porquê? Eu penso que isso é ser um médico do PSF, sabe, sair mesmo daquele papel estereotipado e criar um papel novo, não é?*

O médico João destacou que, em vista da sua formação acadêmica e da sua prática médica no PSF, ele transformou-se:

*[...] um médico de família jamais é igual a outro. Então, como as pessoas são diferentes, os pacientes são diferentes, nós também somos. A nossa trajetória, em relação à formação, por onde passamos, isso molda muito a nossa visão de mundo ali. Então, com o tempo, a abordagem acaba tendo o mesmo efeito, mas a população nos molda (risos), tanto quanto a moldamos também.*

Diante disso, poderemos analisar as possibilidades do médico emancipar-se dos rótulos e estereótipos; da passagem de uma situação antiga (o médico visto como aquele que essencialmente realiza consultas e prescreve remédios) para uma situação nova (o médico na sua relação com o paciente, priorizando as ações preventivas e valorizando o trabalho dos membros da equipe de saúde).

O conceito de identidade-mito é tratado por Ciampa (1990, p.146):

*Quando descobrimos o fetichismo da personagem, falamos da dificuldade do indivíduo atingir a condição de *ser-para-si*, criando o que chamamos de *identidade-mito*, o mundo da *mesmice* (da não-mesmidade) e da *má infinidade* (a não superação das contradições).*

Assim, se o médico, através dos rituais sociais, reatualiza uma identidade pressuposta, ele retira o caráter de historicidade desta identidade a qual estará ligada mais à idéia de mito, "re-produzindo o social".

Em seu depoimento, Ivo chama a atenção para a representação do médico pela população:

*É um trabalho lento, talvez a população comece depois a entender que o 'x' da questão é a população, é fazer a cabeça das pessoas de uma maneira geral. Não virem aqui só porque estão com um dorzinha, alguma coisa que pode resolver em casa com uma aspirina, mas até para dar uma aspirina tem que ser o médico.*

*Numa dessas visitas que fizemos agora, uma seqüela de AVC, seqüela de derrame, o pé do cidadão está inchado e a mulher dizendo que ele precisava... precisava fazer exercício, fazer exercício com o pé inchado [...] O médico tem que dizer isso porque senão ele não acredita. Eu tive que ir lá para dizer a mesma coisa prá ele.*

## 6.5 A identidade do Eu

De acordo com Habermas (1990), conforme a pessoa afirma a própria identidade, poderá dizer “Eu” de si mesma.

Para Habermas, uma identidade do Eu<sup>23</sup> bem sucedida significa a capacidade de os indivíduos, mesmo que haja mudanças profundas na estrutura de sua personalidade, permanecerem idênticos a si mesmos. Contudo, para que uma identidade seja construída, é preciso que haja o reconhecimento, de forma intersubjetiva, dos sinais de auto-identificação.

Nesse sentido, para que o indivíduo possa distinguir-se a si mesmo, é necessário que seja reconhecido pelos outros. Desse modo, a unidade simbólica da personalidade é produzida e mantida pela auto-identificação e sustenta-se por estar inserida na realidade simbólica de um grupo.

De início, a criança incorpora as “universalidades simbólicas” dos papéis essenciais representados no ambiente familiar e, posteriormente, as normas de ação de grupos mais amplos. Dessa forma, a *identidade natural* ligada a seu organismo é substituída por “uma identidade constituída por papéis e mediatizada simbolicamente”. A identidade baseada em papéis é sustentada pelas expectativas comportamentais “que, através do ideal do Eu, terminam por se fixar na própria pessoa”.

Segundo Habermas, na perspectiva hegeliana, esse estágio é o da consciência de si, pois o indivíduo, através da reflexão, pode referir-se a si mesmo, estando em comunicação com um outro Eu. Desse modo, ambos podem mutuamente conhecer-se e reconhecer-se como Eus.

<sup>23</sup> De acordo com Habermas, a identidade é produzida pela socialização. Inicialmente o indivíduo integra-se ao sistema social e posteriormente a identidade afirma-se e desenvolve-se pela *individualização*, isto é, por um aumento de independência com relação aos sistemas sociais.

Habermas citando Kohlberg, refere-se aos níveis de desenvolvimento da consciência moral: pré-convencional (o indivíduo é capaz de responder a regras culturais e às noções de bom e de mau, interpretando tais noções nos termos do poder dos que enunciam regras e noções), convencional (aptidão de conformar-se às expectativas da família, do grupo a que pertence o indivíduo) e pós-convencional (esforço para definir os valores e os princípios morais que têm validade independentemente da autoridade dos grupos ou das pessoas que os sustentam). Neste terceiro nível, “os portadores de papéis se transformam em pessoas, que podem afirmar a própria identidade independentemente dos papéis concretos e de sistemas particulares de normas” (HABERMAS, 1990, p.64).

De acordo com Habermas (1990, p.80):

No adulto, a *identidade do Eu* se confirma na capacidade de construir novas identidades, integrando nelas as identidades superadas e organizando a si mesmo e às próprias interações numa biografia inconfundível. Essa identidade do Eu torna possível a autonomização e a individualização que, em sua estrutura, já são colocadas ao nível da identidade de papel.

Retornando ao médico de família, este precisaria “[...] recuar sua identidade para aquém da linha constituída por todas as normas e papéis particulares [...]”, inclusive diante das expectativas dos outros, pacientes e membros da equipe, no esforço de representar a si mesmo.

## VII O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE IDENTIDADE

O propósito deste capítulo é abordar o processo de formação de identidade, enfocando as trajetórias profissionais dos médicos **Jonas** e **Álvaro**. Pretende-se explorar os personagens da identidade-mito do médico da saúde pública e verificar se este profissional é capaz de vislumbrar mudanças no ser médico no sentido de “descolar” de sua identidade pessoal, a identidade-papel do médico da saúde pública.

Os relatos expostos neste capítulo, referem-se a aspectos específicos da vida de nossos entrevistados, tais como a trajetória profissional e o cotidiano de trabalho. Para Santana (2001), os relatos específicos de vida são uma variante da história de vida e investigam uma determinada parte da vida do entrevistado.

### 7.1 A História de Álvaro

#### 7.1.1 A escolha da profissão e a formação médica: a imagem idealizada do médico convencional

No capítulo anterior, relatamos que, ao perguntamos a **Álvaro** porque escolheu ser médico, ele mencionou que seu pai era médico. Apesar de nos dizer que o pai não o havia incentivado para que seguisse a carreira médica, pudemos perceber nos relatos de **Álvaro** que de uma certa forma, a Medicina era um ideal a ser alcançado.

*Eu vi, cada vez mais uma coisa que estava me chamando assim para este lado, sempre tive idéia de ir, desde os 15 anos, neste serviço. Meti-me nessa revolução de 65, 64 (risos). Tinha 15 anos de idade, eu já tive essas idéias do proletariado, vamos dizer assim, tenho... não comunista, mas do proletariado. Então parece que isso foi para mim... para o resto da minha vida, da minha vida profissional.*

Na adolescência, portanto, **Álvaro** possuía uma imagem idealizada da profissão, isto é, a do médico que atende a população pobre. Contudo, esse desejo parece se desvanecer com a passagem pelo curso de Medicina.

Durante os anos de faculdade, são enfatizadas em sua formação, as áreas especializadas da Medicina, tanto que cursou quatro residências.

*Eu entrei muito jovem na faculdade. Entrei com dezessete anos, fiz dezoito quando já estava dentro da faculdade. E eu me formei também jovem, tinha 23 anos. Tenho 48, faça uma idéia. Eu fiz quatro residências médicas: fiz ginecologia, anestesiologia, pediatria e clínica médica. E durante a medicina, eu fiz de tudo, eu já te falei isso, acho, não estou lembrado. Tudo o que tinha que fazer durante seis anos de faculdade, eu fiz. Aprendi de tudo, cirurgia geral, anestesia, até como colocar sonda, até o sexto ano foi assim.*

Esse depoimento de **Álvaro** reforça a discussão que iniciamos nos capítulos anteriores sobre a ênfase dada às especialidades pela maioria das escolas médicas. Ele ainda nos relatou:

*Então eu fui aprendendo, aprendi cirurgia geral, entrava em cirurgia geral, entrava na ginecologia, em cirurgia instrumental e foi indo... até o ponto de chegar até lá no quinto ano de Medicina. No quarto ano e meio, mais ou menos, já estava operando... estava fazendo parto, foi como comecei. Formei e fui admitido no corpo clínico do hospital com 23 anos, idade em que me formei. E enquanto eu fazia ginecologia, eu fiz anestesia também no Hospital Santa Brígida. Então, daí comecei a fazer anestesia, dava plantão de anestesia também. E fazia clínica médica também, fiz clínica médica na Cruz Vermelha. Fiz anestesia, clínica médica e pediatria. E aí comecei a exercer a profissão em ginecologia. Então fui para São José dos Pinhais, atendia tudo e voltei para cá.*

A imagem inicial, de uma medicina social, voltada para a população carente, é substituída pelo modelo do médico convencional: o especialista, figura do médico competente e que possui uma profissão rentável.

Essa questão remete à parte da razão que prevaleceu no mundo ocidental, isto é, a razão instrumental que mencionamos nos capítulos anteriores. A razão instrumental significa a adequação dos meios aos fins, a partir de um cálculo

custo/benefício, com referência apenas a aspectos mensuráveis, ocultando-se tanto a referência social, quanto a referência ética. Portanto, o fim mais desejado é aquele em que se consegue maximizar e atingir vantagens econômicas.

Nesta perspectiva, de acordo com Enriquez (1996, p.15), a tecnocracia é vista como o “modelo de crescimento harmonizado contínuo”, tendo-se em vista garantir a “ascensão do nível de vida e de pleno emprego”. “[...] não há dúvida de que o poder pertence de fato aos especialistas, indivíduos encorajados em sua certeza, persuadidos de querer o bem de todos (crescimento vinculado à idéia de felicidade) e de saber como obtê-lo”.

Retomemos o processo de socialização, tratado por Luckmann e Berger (1985) e exposto no capítulo anterior. **Álvaro**, através de sua personagem expõe como realidade objetiva a mudança que ocorreu na sua trajetória profissional por meio do processo de interiorização. Mediante relações com outros significativos na socialização primária, como, por exemplo, o modelo do pai médico e das relações com outros significativos na socialização secundária, no caso, a escola médica, **Álvaro** pode internalizar valores, concepções e ações.<sup>24</sup>

Resta saber em que medida a própria estrutura familiar, qual seja, o modelo herdado de seu pai, médico, educado tal como era o modelo tradicional de médico na época, não influenciou ou, melhor dizendo, até dificultou uma emancipação em relação ao papel tradicional no exercício da medicina?

### **7.1.2 A prática médica ajuda a manter a identidade do médico convencional constituída na formação acadêmica.**

**Álvaro** conta como era sua vida como médico especialista antes de ingressar no Programa de Saúde da Família: sua relação com o trabalho e com a família.

*[...] trabalhei em São José dos Pinhais, na região metropolitana durante um bom tempo, ganhei bastante dinheiro. Depois minhas*

---

<sup>24</sup> Um estudo sobre a adolescência, enquanto uma etapa em que a identidade adquire novas e significativas configurações, pode ser observado na pesquisa desenvolvida por Alves (1997).

*filhas casaram e entrei na Prefeitura. Antes, se eu tivesse um celular, como hoje, eu estava louco; estava com o bip que não podia almoçar, nem com minha família. Mas, eu trabalhava aqui em Curitiba com obstetrícia e anestesia, juntava dois plantões em hospitais diferentes, trabalhava com anestesia na Santa Casa, no Hospital das Clínicas, no Santa Brígida e também como obstetra no Hospital Santa Brígida e no Nossa Senhora de Fátima. Então já viu como era minha vida... eu tinha mais de cinco mil clientes, não tinha tempo para nada, mal podia almoçar fora com minha família. Eu já ganhei bastante dinheiro, deu para construir meu pé de meia. Eu acabei vindo para Curitiba porque eu tive um filha lá, tive minha terceira filha que morreu de meningite e tuberculose, pegou meningite com um ano e morreu com seis anos. A morte da minha filha foi uma coisa que me perturbou bastante. Eu gastei quase tudo o que tinha, tive que recomeçar praticamente minha vida aqui, mas deu tudo certo.*

Essa narrativa, sugere que **Álvaro** refere-se a si mesmo como alguém, durante o período em que atuava na medicina particular, desatencioso com a família, preocupado mais em ganhar dinheiro, mas que por outro lado, também conseguiu sua independência financeira. Provavelmente ele viveu uma personagem que culpava-se por interessar-se demasiadamente por poder e dinheiro, internalizando uma concepção de si mesmo como um “mau pai” e um “mau marido”. A morte da filha e a falta de tempo para conviver com a família, são situações lembradas quando ele fala sobre sua dedicação ao trabalho e o desejo de ganhar dinheiro.

Como veremos, através da narrativa de **Álvaro**, ele encontrou outros significativos que serviram para reafirmar sua realidade subjetiva, isto é, sua identidade papel.

De acordo com Berger e Luckmann, para manter a crença “de que é na verdade a pessoa que pensa que é”, o indivíduo precisa que esta identidade seja afirmada implicitamente (pelos contatos diários casuais) e explicitamente (concedida pelos outros significantes para ele). Os outros significantes na vida do indivíduo, serão os elementos capazes de conservar sua realidade subjetiva.

Assim, no caso de **Álvaro**, os colegas de profissão, os outros profissionais da equipe, os próprios pacientes e a família, provavelmente forneceram, em menor ou maior grau, apoio a essa reafirmação.

### 7.1.3 Para assumir a identidade de médico de família, Álvaro precisa negar sua outra identidade de médico-cirurgião.

Álvaro precisa comparar-se com o que foi para dizer quem ele é. No processo de mudança, novas personagens são definidas. Relata que sua mudança foi decorrente da prática que exercia e do ambiente em que atuava.

*[...] eu chegava no hospital, no centro cirúrgico e operava; eu mandava e entrava quem eu queria, era extremamente exigente e orgulhoso. Geralmente isso é uma coisa psicológica, não é? A coisa do poder, de conflito, de coisa interna. Se a gente tem conhecimento, você domina o poder, entendeu? Você vai se tomando ... isso depois que eu estudei, eu vi isto, você vai se tomando cada vez mais poderoso e inatingível. A gente se cerca do poder e quanto mais saber a gente tem, mais poder você tem. Isso é uma coisa que prejudica as pessoas, sabe, eu fui prejudicado por isso, caí como sempre digo, caí de um tobogã de acrílico com manteiga (risos), mas escorreguei direto. Aí eu vi o problema todo, não é? Então eu tinha que inverter esse tipo de coisa, do conhecimento de tudo, em benefício de alguém, não do meu benefício, do meu ego, entendeu? Um dia você tem que parar porque aparece alguém mais poderoso para você ver que você tem o seu lugar. A gente tem que ser mais para a medicina social, mais dedicação no produto, não é? Amadureci.*

O desejo de poder é condenado por Álvaro. Em sua narrativa, o exercício de poder é visto como negativo. Na verdade, ele parece não assumir seu desejo de poder. A personagem que viveu como médico cirurgião é criticada por ele, em vista das relações de poder que estabeleceu com os demais profissionais da equipe de saúde. Ao mesmo tempo que percebe a vontade de poder, uma característica humana, “uma coisa psicológica”, Álvaro considera o exercício de poder como prejudicial, acreditando que por esse motivo, recebeu uma espécie de punição: “[...] caí de um tobogã de acrílico com manteiga”.

Esta narrativa, além de sugerir a idéia de culpabilização, por ter sido um médico pouco atencioso com os seus pacientes, sugere também, a idéia de redenção, pois ao optar pela saúde pública, ele pode livrar-se da situação conflituosa que vivia.

Ao narrar sobre a sua mudança, **Álvaro** não deixa de apresentar contradições. De um lado, ao repensar o que foi, como médico cirurgião, ele parece tomar consciência de que fora apanhado na armadilha de seu desejo de reconhecimento, pois entregara-se de corpo e alma ao trabalho. De outro lado, quando se trata de imagem, de relação de poder, ele parte para a identidade tradicional. Ao optar por trabalhar como médico de saúde pública, **Álvaro** justifica-se, considerando que a personagem vivida por ele enquanto médico cirurgião, era alguém “*extremamente exigente e orgulhoso*”. Portanto, para assumir uma nova identidade, isto é, do médico “dedicado” e comprometido com uma medicina social, ele internaliza uma concepção de si mesmo como alguém que precisa corrigir-se: “[...] *então eu tinha que inverter esse tipo de coisa [...]*”.

No entanto, pareceu-nos que a sua decisão, de romper com a prática médica como médico cirurgião e optar por uma medicina social, não se deu de forma consciente, ou melhor dizendo, sua decisão não baseou-se em princípios próprios para desempenhar os papéis sociais. O meio competitivo em que vivia, bem como, as relações que se estabeleceram entre ele e os demais profissionais, provavelmente influenciaram muito mais a sua decisão do que uma escolha consciente.

Nota-se também, a preocupação em diferenciar-se dos médicos tradicionais no intuito de apagar ou emancipar-se desta identidade tradicional e passar para uma identidade pós-convencional.

*[...] os outros profissionais médicos, eles não vêem a pessoa como um todo, porque eu já fui uma pessoa... já fui esse tipo de médico, não tanto como hoje em dia, mas eu já fui. Fui porque a especialidade me obrigava a fazer isso, mas a gente não olhava, eu não perguntava, nos primeiros anos de profissão, eu não perguntava ‘como é que vai a tua vida, a tua família’, estas coisas. Eu entrava no hospital, antes nem olhava para a cara da enfermagem, nem da chefe... entendeu? Então minha visão é outra, o segredo está em a gente conhecer a gente mesmo, saber do que é capaz. Eu abri a minha cabeça, acho que a terapia ajudou nestes anos todos, eu me conheci, eu sou aberto, não tenho nada a esconder, não tenho segredo médico, o que esconder, antes escondia, o pulo do gato, não é?*

O médico do PSF, compete, de certa forma, com os médicos especialistas. No caso de **Álvaro**, ele próprio já foi um médico especialista com prestígio e poder, como relatou. Como o médico do PSF precisa encontrar outros significativos, a sua referência é o paciente da periferia e o colega médico da saúde pública. Se antes, a sua identidade papel, era a do médico cirurgião competente, porém, alguém que “*tinha uma postura errada*”, atualmente ele requer para si, a identidade do médico abnegado e dedicado, não necessariamente competente.

**Álvaro** continua narrando sobre sua opção pela Saúde Pública e provavelmente, na tentativa de afirmar-se com médico de família, busca diferenciar-se dos médicos especialistas.

*Porque era um projeto mesmo, fui mudando as coisas, eu não ficava satisfeito, trabalhava, mas não... entendeu? Eu passava nos lugares e tinha muita gente ruim, muita gente que precisava de trabalho. Já comecei no São José atendendo essas pessoas mais humildes, sabe? No pequeno consultório do meu lado, me diziam: 'olha, você está misturando os seus clientes particulares com as pessoas que precisam'. Já ficava uma situação incômoda, mas era eu que estava querendo fazer isso, entendeu? Eu queria ter esse tipo de medicina. Quando surgiu este projeto aqui, foi um projeto de vida mesmo, todos tem.*

Este depoimento parece mostrar o compromisso com a imagem social.

*[...] eu já estava ficando irritado com esse negócio de madame ficar me telefonando às três horas da manhã dizendo que estava com vontade de vomitar (risos). Sabe como é, gente rica, sabe como é... então a gente torce para não ligar para esse tipo de coisa, de frescuras, não da medicina em si. Sei lá, peguei um nojo assim desse tipo de coisa.*

**Álvaro** cai no maniqueísmo ao realizar uma partilha moral, isto é, o bom médico é aquele que trabalha na saúde pública e atende a população pobre e o mau médico é aquele que atua no sistema privado e atende o paciente que pode pagar. Este último, embora competente, não é capaz de estabelecer uma relação adequada com o paciente, além de ter uma preocupação exacerbada com o lucro. Ao permanecer no maniqueísmo, ele não consegue se auto representar.

Diante desta circunstância, questionamos: será que o paciente que procura o atendimento particular e paga a consulta, efetua maior cobrança do médico? Por outro lado, o médico do serviço público é menos cobrado pelo paciente? Nesse caso, podemos dizer que, haverá pouca consequência para esse médico quando ele não for capaz de atender as expectativas do paciente?

O médico da Saúde Pública sabe que, embora descontente, a população atendida carece mais de infra estrutura do que da competência médica. Isto o isenta de responsabilidade. Ficar em fila “gritando” por atendimento, não implica necessariamente, em contestar a habilidade ou o profissionalismo do médico. O pouco que se faz no serviço de saúde pública, pode ser muito. Então, o médico se sente mais à vontade.

*[...] deveria haver uma triagem para quem fosse ser médico, o camarada tem que ter um perfil mesmo, ele tem que ter um perfil que seja compatível com caridade, para lidar com pessoas com bondade e com carinho. Ele tem que se apaixonar, porque ser médico não é fácil. Não é uma coisa assim, o cara entra na faculdade de medicina e sai médico, aquele médico bom. Saem grandes médicos, fazem a coisa certinha, mas são extremamente mercantilistas. Então, eles fazem aquilo pelo dinheiro.*

**Álvaro** crítica os profissionais médicos que não se identificam com a população atendida. Vemos aqui, da mesma forma, quando escolheu ser médico, a imagem idealizada do médico abnegado, imbuído de sentimentos nobres por seus pacientes. Do médico é exigido determinados atributos, tais como, bondade e caridade; estes são vistos como se pertencessem à natureza do indivíduo, isto é, não seriam possibilitados socialmente, como por exemplo, pela escola.

A narrativa a seguir, sugere esta identificação com a população atendida:

*[...] eu sempre tenho muita pena, muita sensibilidade, eu acho que a gente... falta um pouco de generosidade [...] talvez seja isso que facilita, eu me coloco na situação deles, falo a linguagem deles. Não quero saber se a casa está suja ou não, se eu estava de roupa limpa, eu sento onde der entendeu? Eu me igualo com eles... eu chego lá e me coloco no nível deles, eu tenho uma sensibilidade assim, mas eu acho que eles precisam de ajuda,*

*mais do que as outras pessoas que têm posses, que têm acesso a um serviço médico mais sofisticado.*

É preciso investigar melhor, à partir do depoimento de **Álvaro**, em que medida ele está sendo coerente com a sua concepção sobre o PSF. Essa coerência não seria circunstancial? Se, por exemplo, ele deixasse de atuar no PSF, não estaria retomando a uma identidade papel que já possuía?

A preocupação em desvincilhar-se da personagem que viveu, torna a aparecer em seu depoimento:

*Hoje em dia os médicos são diferenciados, vai no centro da cidade, trezentos convênios... o médico particular te trata impessoalmente, se impõe, bonitinho. Eu era assim, todo de branco, casaco de couro, sapato na moda, entendeu?*

Podemos considerar que, nas diferentes situações vividas pelo depoente, ele desempenhou (representou) papéis de acordo com o grupo a qual pertencia. A roupa branca e o sapato na moda que usava, quando era médico cirurgião, compunham a fachada pessoal e revelavam o status social do médico tradicional. Nesse caso, a sua aparência era coerente com o cenário em que atuava.

Em presença dos outros médicos e dos pacientes, **Álvaro** provavelmente transmitia em suas atividades sinais que expressavam suas pretensas qualidades, confirmando o papel de médico cirurgião. Essa situação é denominada por Goffman (1995) de dramatização do trabalho, isto é, para a atividade do indivíduo tornar-se significativa para os outros, ele precisa, durante a interação, agir de tal forma que expresse aquilo que quer transmitir.

No entanto, é preciso investigar se, distante do mundo dos médicos e da medicina privada, **Álvaro** não precisa mais representar o papel que outrora desempenhava. Berger e Luckmann (1985) enfatizam que é muito mais fácil ignorarmos a subjetividade do outro, quando não o encontramos face a face.

#### 7.1.4 Perspectiva de futuro: é possível superar a identidade-mito e atingir a condição de “ser-para-si”?

A atividade do médico do PSF, diferentemente do médico cirurgião, permite que ele tenha tempo livre para dedicar-se mais ao lazer e à família. A redução da jornada de trabalho e a estabilidade no emprego são consideradas vantagens e que atraem os médicos para este serviço.

**Álvaro** relata que hoje é possível dedicar mais tempo à família:

*[...] no final de semana, nós temos livre, me dedico à minha esposa, minhas filhas vão lá, brinco com minhas netas que eu adoro. Agora nós estamos podendo viajar mais, eu não faço obstetrícia (risos). A gente lá em cima, não vê isso, sabe? Eu posso pegar o carro, descer para a praia, estou construindo uma casa na praia. Agora do lazer eu não descuido, mas já descuidei na minha vida, não descuido mais. Eu não vi minhas filhas crescerem por causa do trabalho, mas hoje em dia não, eu vou ver minhas netas crescerem (risos).*

O depoente faz um balanço de sua vida avaliando perdas e ganhos após a mudança para o serviço público.

Ele relata:

*[...] agora dá tempo. Eu estou vivendo uma fase muito feliz na minha vida, acho que é por amadurecimento. Ver a minha esposa me dá satisfação, ver que ela está fazendo o que ela quer. Ela criou, trabalhou, sofreu muito com a outra que morreu, nós dois sofremos, não é? Estou vendo ela terminar um projeto de vida dela desde a época que nós casamos quando a gente tinha 20 anos, ela tinha 18. Eu casei porque queria casar, meu sonho com 17 anos era cursar uma faculdade de Medicina, casar e ter filhos (risos). Você acha que eu estou brincando? É verdade, esse era o meu sonho, não é dessa gurizada de hoje em dia.*

O mundo social em que vive hoje o depoente é diferente do mundo em que ele vivia como médico cirurgião. No meio social em que vivia, afloraram o seu anseio por fazer sucesso e o seu desejo de ser reconhecido e admirado como médico.

Será que, distante deste mundo, **Álvaro** pôde abrir mão do desejo de ser admirado e do fascínio da celebridade?

Lasch (1983, p.30) em “A Cultura do Narcisismo” comenta que:

Não obstante suas ocasionais ilusões de onipotência, o narcisista depende de outros para validar sua auto-estima. Ele não consegue viver sem uma audiência que o admire. Sua aparente liberdade dos laços familiares e dos constrangimentos institucionais não o impedem de ficar só consigo mesmo, ou de se exaltar em sua individualidade. Pelo contrário, ela contribui para sua insegurança, a qual ele somente pode superar quando vê em seu “eu grandioso” refletido nas atenções das outras pessoas, ou a ligar-se àqueles que irradiam celebridade, poder e carisma.

Para Lasch (1983), na sociedade contemporânea, a auto-aprovação dos indivíduos está subordinada ao reconhecimento e aclamação públicos. As pessoas procuram aquela aprovação “que aplaude não suas ações, mas seus atributos pessoais”.

Se representamos diferentes personagens em nossas vidas, conforme afirma Ciampa, nossa identidade é constituída por diversas combinações. Lembremos pois, que em seu relato, **Álvaro** enfatizou que fôra um pai e um marido que havia se dedicado pouco à família. Notamos também, que neste período, ocorreu a morte da sua filha. O sentimento de culpa, se é que houve, deu lugar à necessidade de redimir-se (idéia de reparação) e a maneira encontrada para isso foi a opção pela Saúde Pública.

**Álvaro** fala dos seus sobrinhos: *“Eu, na idade deles, já estava na faculdade, antes disso eu já pensava: ‘vou entrar na faculdade, vou ser médico (meu pai é médico também), vou ser médico, vou casar e vou ter filho”*.

Nestas palavras, o sonho do adolescente de constituir família e cursar Medicina, retorna como se **Álvaro** fizesse um resgate do seu ideal de trabalhar com uma medicina social. A passagem pelo curso de Medicina, de certa forma, produziu-lhe uma transformação, fazendo com que ele expressasse um outro **outro** (que também era ele), negando uma parte de si mesmo. Como médico do PSF ele acredita que está mais próximo de concretizar este ideal.

**Álvaro** relata as suas pretensões no futuro:

*[...] pretendo ir para outra atividade, experimentar um pouco o consultório, não pretendo sair do PSF, estou tentando conversar com minha chefe, para ter um tempinho e sair uma hora mais cedo para ir para o consultório. Eu quero fazer ginecologia, só cirurgia ginecológica, sem obstetrícia.*

Questionamos o depoente sobre esse desejo. Ele respondeu-nos:

*[...] eu faço porque eu gosto de cirurgia, tenho habilidade cirúrgica e eu acho que não vou desperdiçar isso. É para mim uma coisa pessoal, não porque eu preciso trabalhar em um consultório, porque o PSF... Eu ganhei muito dinheiro, eu te falei antes, eu não preciso tanto assim. Preciso de dinheiro para viver o dia-a-dia como todo mundo; mas que eu precise de dinheiro assim para poder viver, se eu sair do Programa eu vou ficar sem dinheiro? Não, não vou. É uma questão pessoal minha. Eu gosto de ser cirurgião, eu quero voltar a fazer isso.*

Os relatos do médico **Álvaro**, sobre aspectos específicos de sua vida, mostraram que a mudança ocorrida em sua trajetória profissional foi motivada, mais por seu desejo de buscar alívio diante das pressões sofridas, do que libertar-se das determinações de um papel socialmente esperado.

Ao reconstruir sua história, ele confronta o presente e o passado, de modo que as lembranças se misturam com as percepções atuais. É importante questionarmos até que ponto a narrativa de **Álvaro** ganha novas interpretações sobre o já vivido e apreendido, o que lhe possibilita fazer modificações. Será que, ao narrar sua história, pôde atribuir-lhe um significado e que lhe permitiu questionar as normas existentes do mundo vivido? Nesse caso podemos admitir a sua capacidade de emancipar-se de uma identidade formulada e buscar sua autonomia.

No entanto, o projeto de afirmar-se, como médico da Saúde Pública e do PSF, não deslança pois vive o paradoxo entre corresponder às expectativas dos colegas médicos especialistas bem como da população e ter a obrigação de ser o médico "dedicado" e que atende a população pobre.

**Álvaro** internaliza e vive o papel social cristalizado do médico cirurgião. Se, no meio social em que vive, este papel não é devidamente reconhecido, como por exemplo, na Saúde Pública, ele buscará um novo meio para obter este reconhecimento.

No caso do depoente isto significa voltar para o consultório particular e hospitais e “fazer cirurgia”.

Enriquez (1996) diz que a idéia de desenvolvimento, por meio da técnica e da especialização, está vinculada à idéia de felicidade. O especialista é alguém que se sente protegido em sua certeza e que está convencido de querer o bem de todos e “de saber como obtê-lo”.

**Álvaro** sente-se mais seguro em obter reconhecimento como médico cirurgião e talvez não se sinta tão útil como médico do PSF. As suas convicções em relação a este aspecto podem ser tão fortes, a ponto dele, não se considerar apto a modificá-las vindo a transformar-se, pois, para que isso aconteça, ele precisa saber pensar sozinho e com os outros.

O médico amadurecido e identificado com a população carente, na verdade continua a ser alguém preso a valores morais, enfatizados por Kohlberg (apud Habermas) como convencionais. Assim, se está preso às rédeas do medo da responsabilidade, ele também não pode conceber-se como responsável.

## 7.2 A História de Jonas

### 7.2.1 A escolha da profissão: encanto e desencanto

Iniciamos a história de **Jonas** expondo os motivos que eles nos apresentou para a sua opção profissional.

*[...] não tem ninguém que um dia não tenha falado: ‘eu não gosto disto, eu não seria médico disso’. Então é a profissão que eu acho que tem característica de... mexe com a questão da vida, morte, isso aí que todo mundo.. sabe, esse chavão que todo mundo usa, não discuto não, de todo adolescente. Fui por aí também, por esse caminho.*

Ao relatar a sua opção pela Medicina, o depoente compara-se aos outros jovens que, como ele, também decidiram ser médicos, ressaltando os aspectos

de idealização deste curso. Do mesmo modo, **Jonas** também sentiu-se atraído pela Medicina e pelo que ela representa: “*mexe com a questão da vida, da morte*”.

Continuando a narrativa, ele nos conta que interrompeu o curso:

*[...] me formei em 1983, minha turma de faculdade é de 1981, parei dois anos, me formei aqui na Federal. Pensei em não ser médico, não tinha mais interesse em ser médico, achei que não era o meu caso ser médico.*

Observamos a primeira mudança na trajetória profissional do depoente. Ao ser introduzido em um mundo social mais amplo, a sua referência de mundo também se modificou. A partir da interação social, com colegas e professores da faculdade de Medicina, **Jonas** apreende este mundo. E nesse processo, este mundo vivido, torna-se o seu próprio. A imagem idealizada do médico se desfez quando, provavelmente, o curso de Medicina não correspondeu às suas expectativas. Ele se desencanta e abandona os estudos.

*[...] depois acabei revendo isso e voltei um ano de faculdade e terminei o curso. Nunca tinha reprovado nada, parei por achar que talvez fosse muito mais útil fazendo algumas outras coisas do que sendo médico. Até dizendo bem a verdade, achava que era uma questão ideológica, achava que mais poderia contribuir para a mudança da sociedade atuando politicamente na sociedade. Então era preciso mudar isso, do que ficar como médico prescrevendo medicamento, uma prática que não me convencia, não me motivava [...] e daí voltei para... revi isso, pensei com algumas pessoas que eu consegui me aconselhar melhor, percebi que estava fazendo uma grande besteira, deixar de ter uma bela profissão e deixar de ter um campo de atuação, inclusive político, oportunidade junto com a população nas perspectivas de mudança, por um descontentamento meu, da maneira como eu via a prática médica.*

De início o depoente via a Medicina como um instrumento para a realização de seu desejo de “sentir-se útil na vida” e de contribuir para a mudança da sociedade”. No entanto, este ideal torna-se distante quando, durante a sua formação, **Jonas** entra em contato com os conhecimentos da ciência médica e os questiona. Ao

viver outras experiências, fora da Medicina, ele busca situações que tenham ressonância com sua maneira de pensar.

A segunda mudança ocorre quando **Jonas**, após dois anos afastados da faculdade, retorna e conclui o curso. Provavelmente em conflito pela decisão de abandonar o curso ele aconselha-se “com algumas pessoas” e retoma os estudos. Contudo, a imagem idealizada da profissão permanece, como podemos observar em seu relato: *“ter uma bela profissão”*.

O processo reflexivo é elaborado a partir das experiências vividas no período da formação médica. **Jonas** se expressa como alguém que hoje tem a capacidade de perceber a crise que viveu na busca de definir sua identidade:

*Na verdade, era um momento que eu misturava aquilo que eu achava de errado na profissão do médico, mais ou menos tomando como exemplo, práticas erradas. Eu achava que a medicina era errada, não é? Um pouco aquele reflexo da contra cultura, dos anos 70, eu entrei na faculdade nesta época, peguei esta fase. No meu tempo a gente questionava tudo, não estava certo e de repente era um absurdo o médico dentro do consultório passando uma receita de aspirina, sem se dar conta que era um mero instrumento da indústria farmacêutica, um reproduzidor de receitas e que na verdade atendia os interesses de venda de medicamentos. Então a gente se preocupava com a medicalização da profissão, a gente procurava o caminho da homeopatia, o caminho da acupuntura, das práticas alternativas.*

A personagem do “estudante contestador” se concretiza quando **Jonas** expõe qual era a sua visão de mundo: *“no meu tempo a gente questionava tudo”*. A tentativa para desvencilhar-se do papel do médico tradicional que prescreve medicamentos, expressa uma personagem que busca libertar-se da situação de colonizado. O médico, que prescrevia remédio no consultório, poderia não se dar conta de que *“era um mero instrumento da indústria farmacêutica”*.

Voltemos à sua narrativa:

*Eu passei por esta fase de questionar tudo isso, não é? Até que ponto a gente não era um grupo de ingênuos bem intencionados com pose de cientista, só reproduzindo os interesses de uma indústria de saúde. Então isso fez com que eu até tivesse em*

*alguns momentos, vontade de desistir, não é? Mas depois eu comecei a perceber que na verdade esta prática médica, até prejudicial para a população, ela não precisa ser assim. Eu posso ser muito útil como médico, eu posso me valer dos medicamentos que esta indústria produz e com interesse meramente lucrativo, a gente não tem dúvida disto, mas eu posso fazer um bom uso disto. Posso colocar isto à disposição de uma pessoa que precisa, de maneira correta, de maneira honesta. E hoje me sinto assim, sabe, eu sei porque estou prescrevendo aspirina.*

Este processo reflexivo elaborado pelo depoente, mostra o receio que teve em ser coagido pelas determinações sociais, isto é, de não poder externar suas crenças. Portanto, a medicina alternativa é utilizada como um instrumento de oposição aos métodos da medicina tradicional.

No entanto, **Jonas** não cai no determinismo tecnológico, isto é, a idéia de que os atores sociais e suas relações de poder fossem eliminados pela técnica.

Touraine (1994, p.158) nos auxilia nesta discussão:

A densidade crescente das técnicas e dos sinais no meio dos quais nós vivemos e que orientam e controlam nossos comportamentos não nos enclausura absolutamente no mundo técnico, não destrói de forma alguma os atores sociais dominantes ou dominados, não impõe nem uma lógica de eficácia da produção, nem uma lógica do controle da reprodução. A imagem da tecnocracia triunfante é de uma pobreza irrisória face ao aumento do consumo, ao impulso dos nacionalismos e ao poder das empresas multinacionais.

Neste caso, vemos a possibilidade de encontrar **Jonas**, não como um autômato ou alguém passivo diante de uma situação de dominação, mas, em meio às pressões sociais, alguém capaz de esboçar movimentos de resistência.

Resta saber se **Jonas** buscava ações criativas e reflexivas para poder concretizar uma identidade livre da imposição dos papéis sociais ou que ainda não era capaz de decidir e agir por si mesmo. É necessário avançarmos em nossa análise para respondermos esta indagação.

### 7.2.2 O estudante “contestador” dá lugar ao médico que busca acertar na profissão e encontrar o seu lugar.

A história de **Jonas** mostra as sucessivas tentativas na busca de encontrar “o seu lugar” na profissão e que, de certo modo, são coerentes com a crítica que faz à medicalização. A homeopatia é vista como a concretização de um ideal de profissão.

No entanto, a imagem idealizada da Medicina permanece e na impossibilidade de realizar o que deseja, ele se frustra.

*Fui fazer homeopatia depois que terminei a faculdade, fiz um ano de homeopatia e Saúde Pública. Fui trabalhar na Saúde Pública, já saí da faculdade com a convicção de ser médico da Saúde Pública. Tinha uma visão idealizada de saúde pública, aquela idéia de que as coisas vão mal em relação à saúde da população porque precisa ter uma política de saúde pública mais correta e precisa ter médicos melhor intencionados, entendeu? Muito idealista, quase ingênua. Na verdade, melhores intencionados, ajudando a fazer uma política que seria de encontro daquilo que seja de real necessidade da população. Daí você lá dentro percebe que não é assim, o jogo político é muito diferente, a gente se convence que de boas intenções o inferno está cheio e acaba se frustrando, de certa maneira, não é?*

O seu projeto profissional implica em uma concepção de vida que nem sempre corresponde ao mesmo projeto dos outros que participam do mesmo mundo em que vive. Essa situação provoca em **Jonas** um tumulto de emoções e sentimentos contraditórios, pois, ora se deixa seduzir por novas metodologias, ora as questiona. Neste sentido, o conflito surge quando ele encontra dificuldades para enfrentar os papéis sociais estabelecidos e não deixar-se aprisionar por eles. Nas tentativas que faz, para superar a personagem representada, ele busca encontrar o seu lugar como médico.

Ciampa estuda o sintagma identidade-metamorfose-emancipação. Ele crê que a identidade está em constante construção, isto é, ela é metamorfose que concretiza o movimento de humanização em busca da emancipação, do indivíduo ou da sociedade.

Por outro lado, Ciampa (1990, p.153) refere-se ao conceito de não-metamorfose, isto é, “[...]sempre que há uma pressuposição de uma identidade; sempre uma identidade é pressuposta [...]”.

Por sua vez, Enriquez (2001) relata que, de um lado, o indivíduo “é um ator preso em uma história coletiva, na qual tem que assumir um papel social”, pois, ele faz parte de um grupo “que tem suas restrições”, suas regras e “seu espaço de liberdade”. De outro lado, a mudança, seja individual ou coletiva é sempre difícil pois acarreta “questionamentos e transformações” nas relações de poder ou de autoridade.

A opção pela homeopatia representa a possibilidade de Jonas distanciar-se do modelo do médico tradicional, mas esta experiência também não atende as suas expectativas:

*Fiz praticamente um ano de homeopatia e foi o tempo suficiente para convencer-me que não era o problema da homeopatia. Lá na homeopatia está cheio de gente que tem esse mesmo enfoque da doença, de gente que está lá por motivos econômicos, de mercado, achar uma especialidade que pode ser rentável. O problema está em como você entende o processo saúde/doença mesmo. Daí voltei a perceber que a alopática é importante para mim. Acho que pode ser bem feita desde que você tenha outra postura. Eu não precisava ter como minha postura aquilo que eu mesmo condenava na prática médica alopática de uma maneira geral. Eu poderia ser um médico alopata com outro enfoque, nesse processo saúde/doença ter o doente como centro da minha atenção, eu poderia.*

A experiência da formação acadêmica e posteriormente a prática médica, de certo modo, moldaram a identidade de Jonas.

O fato de, participar de um grupo e compartilhar o mesmo modo de compreender o processo de saúde, fez com que ele incorporasse os valores deste mundo, tanto que, seu modo de pensar e sua prática, reproduzem esta visão. No entanto, o depoente não se deixa escravizar. Em sua narrativa vislumbramos a possibilidade dele avançar para uma identidade mais autônoma.

### 7.2.3 O médico “comprometido” com a população vê poucas chances de ser reconhecido como médico na Saúde Pública

*[...] a Prefeitura resolveu lançar este Programa junto com o Ministério da Saúde. Então deu um pouco mais de forma a essa prática que a gente, até intuitivamente, até por motivação pessoal, cada um ia fazendo. Aí acho que foi uma coisa que realmente me encontrei, me sinto bem mesmo, me sinto feliz e satisfeito com essa minha prática médica hoje. Então, mais ou menos a minha história foi esta: poder, desencanto, acerto, até chegar ao meu lugar.*

Diante deste relato, recorremos a Ciampa. Será que Jonas tomou-se algo que não era ou tomou-se algo que já era e estava como que “embutido” dentro dele? Conforme suas palavras o PSF pôde dar “*um pouco mais de forma a essa prática que a gente até intuitivamente, até por motivação pessoal, cada um ia fazendo*”.

O depoente continua relatando os motivos de sua opção pela Saúde Pública:

*É um pouco também de identificação ideológica, questão ideológica, me identifico com este tipo de população, eu acho que devo trabalhar para que tenha melhor atendimento possível. Aqui na Vila eu gosto desse pessoal, eu gosto, me dou bem. Me sinto útil como médico, me sinto satisfeito como pessoa, como ser humano, estou me relacionando com gente que eu gosto.*

Embora Jonas queira afirmar a todo momento, sua identificação com a população a ser atendida, esse processo não é linear. Ainda que seja compromissado, ele parece não ter deixado de ligar-se a uma identidade mais tradicional.

*[...] quando eu comecei a trabalhar, eu como médico trabalhei em algumas unidades de saúde, tentei fazer este tipo de prática, tentei, mas confesso, me senti como um verdadeiro burro de carga, desestimulado. Por quê? Porque se eu desse atenção para o paciente, como eu tentava fazer, se eu escutasse o paciente, isso fazia com que os pacientes até confundissem, achavam que eu era melhor médico que o colega, sabe? Dentro dessa prática meio desumanizada que ocorre hoje, não estou nem dizendo que*

*é culpa dos colegas, não estou dizendo que o colega do consultório ao lado fosse culpa dele. Mas, onde tem salário aviltante, onde a pessoa trabalha em dez lugares é até pedir demais que ele chegue na unidade de saúde com muita satisfação, com muito entusiasmo.*

Nesta narrativa **Jonas** expressa contradições. Por um lado ele critica a *prática desumanizada* do médico da Saúde Pública. Por outro lado ele justifica a falta de empenho destes médicos no trabalho em razão do baixo salário.

Ciampa diz que a identidade pressupõe igualdade e diferença. Neste sentido, podemos perceber, no relato do depoente, a articulação entre a unidade do singular (ele **Jonas** é único e difere de outros médicos) e a do geral (como médico ele também se assemelha aos demais médicos).

Ao comparar-se aos demais médicos da Saúde Pública, o depoente expressa uma competição velada entre ele e os seus pares, como observamos no depoimento:

*[...] eu chegava às 2 horas da tarde e tinha uma fila na minha porta; eu me matava de trabalhar às vezes até às 6 horas da tarde quando chegava a auxiliar de enfermagem e dizia: 'doutor tem uma pessoa que está muito ansiosa e que está com tal problema, não dá para atender mais esta? E o meu colega tinha ido embora, atendeu rápido e foi embora. No outro dia cedo, na hora de marcar as consultas, de novo para mim a fila lotava e daí, para o colega não. Então você fica todo o dia, gente diferente, gente nova. Você acaba tendo que recomençar o contato a cada momento. Então isso é uma situação difícil, esse tipo de trabalho no consultório.*

Em sua narrativa **Jonas** deixa transparecer o desejo de reconhecimento da população, como se ela fosse avalista. A representação de si mesmo não é muito segura, ele precisa do aval de fora, de outros.

Considerando que o conceito de identidade está ligado ao conceito de alteridade, percebemos a nítida necessidade do reconhecimento da população e dos pares.

De uma maneira particular **Jonas** vivencia a personagem do médico da Saúde Pública. Embora ele vivencie isso como médico dedicado, não deixa de ter suas

contradições, pois, o fato de não ser reconhecido gera uma certa frustração. O trabalho com a população da periferia implica em grande dedicação e, muitas vezes, frustração.

No processo de idealização **Jonas** se decepciona com as políticas públicas. Por mais que ele se esforce, o reconhecimento não vem e o trabalho que realiza está aquém do que ele poderia fazer.

Enriquez (1997) relata que o ser humano vive continuamente entre a manifestação de seu próprio desejo (reconhecimento de seu desejo) e a necessidade de identificar-se com o outro (desejo de reconhecimento). Nesse caso, “só o outro pode reconhecê-lo como portador de desejos e garantir-lhe seu lugar na dinâmica social”. Quando um indivíduo exprime seus desejos em um grupo ele quer ser percebido pelos outros.

Quanto ao desejo de reconhecimento ou à identificação, o indivíduo não só exprime seu desejo num grupo, mas “ele quer igualmente ser reconhecido com um dos membros do grupo”.

Para que haja possibilidade dos diversos membros do grupo reconhecerem-se entre si, “não devem ser muito diferentes uns dos outros”. Tornando-se semelhantes, formam também “um verdadeiro corpo social e não um conglomerado de indivíduos”.

Retornando à narrativa de **Jonas**, sobre o trabalho na Saúde Pública, podemos considerar que sua frustração é decorrente do esforço para realizar um trabalho e que muitas vezes precisa ser refeito. Se a saúde nunca melhora, o nível de realização do médico é bem baixo e quanto mais frustrante é o trabalho, mais ele precisa da avaliação do outro.

Dessa maneira, o trabalho do médico da Saúde Pública se assemelha ao mito de Sísifo<sup>25</sup>.

Camus faz menção ao retorno de Sísifo à planície, isto é, do homem que novamente desce, atormentado, com o final do trabalho que nunca conhecerá. Camus diz que este é o momento da consciência: “se esse mito é trágico é que seu

<sup>25</sup> Camus (1989) retoma o mito de Sísifo contado por Homero para referir-se ao trabalho inútil e sem esperanças. Sísifo, ao ludibriar a Morte, desperta a ira dos deuses. É condenado a rolar uma enorme pedra e fazê-la subir uma encosta, tarefa esta cem vezes recomeçada. Ao final desse imenso esforço o objetivo é atingido. Sísifo vê então a pedra desabar até o pé da encosta de onde será preciso novamente reerguê-la até o cimos.

herói é consciente”. Seu castigo só é castigo porque ele não tem esperança de atingir o seu objetivo e ser bem sucedido.

De modo semelhante, quando o médico reflete sobre a sua condição, isto é, a de realizar uma tarefa que freqüentemente precisa ser refeita, o fato de tomar consciência desta situação traz-lhe sofrimento.

#### 7.2.4 Perspectiva de futuro

**Jonas** relata as possibilidades de sua permanência no PSF:

*[...] do ponto de vista salarial eu não estou conseguindo me manter com este salário que a Prefeitura me paga. E pode ser assim: ‘Bom, o projeto Saúde da Família tem todas as outras gratificações porque você se sente útil’, mas entre você ter um trabalho de boa qualidade, mas a questão de subsistência é uma questão séria mesmo.*

Ele continua:

*Não adianta eu explicar isso para os meus filhos em casa. É complicado, sabe? Este ano estou com dois filhos na faculdade, está difícil mesmo. A mensalidade da PUC é 850 reais por mês. Então é difícil, isso é um outro problema, um problema sério para você dizer assim: ‘puxa, vou terminar os meus dias como médico de família’. Não sei se a gente vai entusiasmar muito os jovens médicos que estão se formando agora. Dizer assim: ‘vou ficar o resto da vida, achei o meu lugar, vou trabalhar sempre assim’. Tomara que fosse isso, mas eu acho um pouco difícil do jeito que está agora.*

Se, a princípio, **Jonas** idealizava a profissão, hoje ele relativiza, isto é, diante das circunstâncias ele põe os pés no chão. No entanto podemos questionar: Em que medida, pelo fato de ter consciência, isto o autoriza a mudar? A consciência é condição para a mudança, mas, não é o suficiente, pois **Jonas** permanece na Saúde Pública.

*Eu continuo por esta questão, para mim é uma questão política. Eu me sinto bem nesse tipo de trabalho, me sinto incomodado em fazer outro trabalho, entende? Atender em um ambulatório onde as pessoas me pagam pela consulta, ou me pagam pelo convênio, me incomoda um pouco mais. É uma questão política, daí é uma questão ideológica mesmo, sabe? [...] lá para aquela pessoa que está morando na periferia, lá na beira do Rio Belém, não tem muita gente querendo fazer bem feito para eles, por aquilo que eles podem pagar, quer dizer, nem são eles que pagam, a Prefeitura que paga para eles. Então eu sinto que é útil o meu trabalho lá. Isso é que me mantém.*

Se, no serviço de saúde pública, o médico ora se sente altamente reconhecido pela população atendida, ora é o “médico do postinho”, **Jonas** precisa encontrar uma justificativa para permanecer neste serviço. Assim (do mesmo modo como **Álvaro**) ele realiza uma partilha moral: o médico bom é aquele que atende o paciente pobre da periferia.

De início, o jovem **Jonas** manifesta a personagem do “sonhador” que idealizava a profissão de médico. Na escola de Medicina, em sua interação com os outros, ele compartilha experiências e interioriza acontecimentos dotados de sentido para a constituição de sua identidade. Nas relações acadêmicas a personagem do “sonhador” possibilita a emergência do estudante “contestador”. Dessa forma, o processo de identificação por meio das relações na escola permite a **Jonas** internalizar conhecimentos que o instiga a questionar a visão idealizada da profissão. Esse processo é vivido por ele em meio a conflitos, pois o coloca diante de situações que causam sofrimento. Posteriormente, no exercício da profissão, ele novamente se decepciona. A Saúde como instituição não representa mais um ícone a ser idealizada e a entusiasamá-lo.

No entanto, esse processo de desencantamento pode significar a possibilidade de **Jonas** pensar de forma livre sobre a sua condição e interrogar-se quanto à sua capacidade de ser um “si mesmo”, isto é, um sujeito que tem história, que constrói e reconstrói seu passado e que é capaz de elaborar um projeto de futuro.

Enriquez (2001) enfatiza que, “se o indivíduo se identifica com a organização, se pensa apenas por meio dela, se a idealiza a ponto de sacrificar sua vida privada aos objetivos que ela persegue”, ele é introduzido em um sistema

totalitário, visto por ele como algo sagrado e que “legitima sua existência”. Por outro lado, o indivíduo pode ser capaz de calcular riscos e estabelecer novas relações sociais. Se ele quer romper com o seu meio, sabendo de todas as conseqüências desta decisão, ele será “criador da história” e não simplesmente “portador de história”.

Se **Jonas** é capaz disso, ele estará a caminho de uma identidade pós-convencional, conforme Habermas.

### **7.2.5 A possibilidade de abandonar uma identidade convencional e exercer uma ação política.**

Em sua narrativa, **Jonas** novamente expressa o seu desejo de ser reconhecido como médico. Esse processo implica comparar-se com os colegas especialistas:

*[...] o paciente sabe reconhecer a gente em cada momento, não é? Claro que o paciente sabe que o cirurgião que está lá dentro do hospital pronto para operar no momento que ele chega com um traumatismo no abdome, esse cara é importantíssimo, claro que é importante. Puxa, qualquer um de nós que já teve um filho doente e precisou correr para o hospital e estava lá um médico competente de plantão para resolver o problema, esse cara é o melhor cara do mundo naquele momento e a população reconhece isso e dá essa importância, não é? Agora, a população também sabe reconhecer a importância de quem está lá na unidade de saúde e que está disponível para ajudá-la no momento que precisa porque a filha ficou grávida com 13 anos e ele precisa ter alguém que o escute, não é? Então ele (população) sabe reconhecer isso também. Eu me sinto muito gratificado, eu sei que a população reconhece o meu papel.*

Sainsaulieu (apud SELIGMAN,1994) ressalta, já dissemos, que o reconhecimento favorece a articulação entre os processos de constituição de identidade e os processos sociais. A permanência dos meios sociais de reconhecimento pode conferir ao indivíduo, “um sentido durável à sua experiência”. Castel (1998) enfatiza que, se o indivíduo perder os suportes de reconhecimento, como, por exemplo, o trabalho, ele poderá não encontrar mais sentido na própria vida.

Em seu depoimento **Jonas** compara a competência do médico especialista com a do médico do PSF e acredita que o médico é reconhecido pela população por causa desta competência. No caso do médico especialista, este reconhecimento pode ocorrer quando o paciente avalia que foi bem atendido e que o médico de fato é competente por ter resolvido o seu problema. Nesse caso, o reconhecimento (ou o não-reconhecimento) deste médico pode ocorrer como consequência de relações mais esporádicas. No caso do médico do PSF, o reconhecimento é resultado da construção de relações mais frequentes e duradouras. No entanto, ele não pode contar, como o especialista, com o auxílio da tecnologia de um hospital.

A proposta do PSF ressalta a importância das condições de vida do paciente na melhoria de sua saúde. Desse modo, além da competência técnica, do médico do PSF exige-se também a visão política.

**Jonas** relata:

*[...] não adianta ficar atendendo dez vezes o mesmo paciente com verminose se eu não contribuir em nada para mudar a questão do esgoto que está correndo a céu aberto na frente da casa dele. Bom, eu vou ser um vereador do bairro? Não, não vou ser vereador do bairro. Vou ser o líder comunitário daquela população que tem uma valeta correndo a céu aberto? Não, não vou ser, não preciso fazer este papel, isso cabe a eles mudar. Agora, eu posso contribuir ajudando para que eles compreendam que aquela valeta tem importância com relação à saúde.*

Parece-nos, pelas preocupações expressas em seu relato, que **Jonas** possui essa visão política, mas, em vista de sua dificuldade em ser reconhecido como médico do PSF, ele não consegue emancipar-se da identidade papel do médico tradicional.

Sabemos que o indivíduo desempenha e assume papéis de acordo com sua posição, e o faz desempenhando sucessivamente o mesmo papel. No entanto, em diversos momentos, percebemos que **Jonas** parece dar sinais da necessidade de mudança. Se, por um lado, ele representa um papel (repondo no presente o que é

pressuposto como sua identidade), por outro lado, ele percebe a importância de superar a sua identidade pressuposta, negando-a.

O desenvolvimento de uma metamorfose constante, permite que o indivíduo se represente sempre como diferente de si mesmo deixando de repor uma identidade pressuposta.

A negação da negação permite a expressão de outro **outro** que também sou eu: isso consiste na alterização da minha identidade, na eliminação de minha identidade pressuposta (que deixa de ser re-posta) e no desenvolvimento de uma identidade posta como metamorfose constante, em que toda humanidade contida em mim se concretiza (CIAMPA, 1990, p.181).

Diante disto, questionamos: O médico da Saúde Pública pode libertar-se da identidade-papel? E ao transformar-se pode tornar-se um sujeito de voz e ação capaz de interrogar a si mesmo e as estruturas de trabalho nas quais ele se encontra?

**Jonas** parece esboçar a possibilidade quando deixa de repor uma identidade pressuposta (do médico convencional) e desenvolver uma identidade posta como metamorfose (do médico que busca sua emancipação dos papéis sociais).

A visão que possui do processo saúde/doença é coerente com a proposta do PSF quanto à capacidade de mudança e melhoria das condições de vida do paciente:

*Se você tiver uma unidade de saúde próxima da população, um atendimento mais humano, um atendimento mais personalizado para aquela pessoa, que tente entendê-la de uma maneira mais abrangente do que a gastrite que ela tem, aí você começa a mudar, você começa a ter a possibilidade de ajudar aquela pessoa a crescer no entendimento do processo saúde/doença que vai ser útil a ela mesma. Você começa a ajudar para que aquela população compreenda o problema de saúde, o processo saúde/doença que ocorre na comunidade, entendendo quais são os determinantes deste processo para que essas pessoas possam ajudar a mudar [...]*

**Jonas** continua a sua narrativa:

*[...] agora, para isso precisa ter condições políticas, não é? Eu acho que a gente tem mais condições políticas neste contexto com a comunidade, nestes lugares, do que em um outro lugar que não seja Saúde da Família. E como você está mais próximo, você consegue ser ouvido pela população, você consegue ter mais possibilidade de intervenção política [...] agora, eles vão ter canal para se manifestar, para falar, para mudar? Talvez não tenham muito. Se você tem uma população com possibilidade de... se a população estiver entendendo isso e não tiver como se manifestar, pouco resolve também. Se você tiver, eles vão ter que discutir o que? Orçamento da cidade? Vão ter que discutir orçamento da cidade, quer dizer, se não tiver essas condições, você mudou muito pouco politicamente, não é?*

**Jonas** expressa-se manifestando ser alguém que, diferentemente do período em que idealizou a Medicina, hoje é capaz de exercer uma prática mais reflexiva e de aceitar os seus limites:

*É um trabalho político limitado, claro que é, ninguém espera lá transformar o mundo fazendo proselitismo político boca-a-boca no consultório, não é? Isso é uma bobagem, não seria isso. E nem eu acho que seja a questão de fazer proselitismo político na hora da consulta, mas, se o paciente está vindo consultar com problema de ansiedade e que veio na verdade porque tinha uma gastrite, mas como causa dessa gastrite você identifica ansiedade e ansiedade cujo fator determinante é desemprego, é claro que eu não vou ser bobo e deixar de falar sobre isto, não é? Até porque eu quero que essa sociedade mude e eu tomo partido deste lado mesmo e aí a minha motivação é política mesmo, não é?*

**Jonas** tem consciência de que a transformação das práticas em saúde só será possível se ocorrerem mudanças nos planos político, institucional e organizacional no campo da Saúde Pública.

Vimos, no Cap. de Políticas Públicas, que tais mudanças implicam, principalmente, a definição de políticas públicas para a área da Saúde, a aplicação de recursos suficientes para o desenvolvimento de ações, a valorização dos profissionais de saúde e a construção de relações mais igualitárias entre médicos, demais profissionais de saúde e usuários dos serviços.

No entanto, o conflito instituído pelo PSF, quando este propõe a construção de novas práticas, poderá gerar um espaço importante para a discussão desta mudança.

Habermas (1990, p.70) esclarece:

[...] a identidade do Eu pode se confirmar na capacidade que tem o adulto de construir, em situações conflituosas, novas identidades, harmonizando-as com as identidades anteriores agora superadas, com a finalidade de organizar uma biografia peculiar a si mesmo e às próprias interações sob a direção de princípios e modos de procedimentos universais.

A partir desta perspectiva, podemos pensar que o médico, em muitos casos, sob a pressão provocada para agir segundo papéis, correrá o risco de desestabilizar-se. Nestas situações poderá surgir uma baixa competência interativa e um desnível entre agir segundo os papéis e o nível de elaboração dos conflitos morais.

De acordo com Habermas, sob o imperativo de elaborar conscientemente os conflitos, a consciência moral será um indicador do grau de estabilidade da competência na interação.

Nas situações em que o indivíduo optar por evitar a elaboração consciente dos conflitos, o Eu poderá elaborar mecanismos de defesa.

Nas conversas que tivemos com os médicos, pudemos constatar que, diante de situações de pressão, há a utilização de saídas (estratégias), quase sempre individuais tais como: solicitação de transferência de uma unidade para outra, plantões nos hospitais após o expediente na unidade de saúde e desistência do emprego.

A análise que realizamos, a partir do depoimento de **Jonas**, permitiu-nos conhecer uma instância particular de sua vida, isto é, do seu trabalho; a realidade do médico do PSF e as possibilidades de transformação de sua identidade. Contudo, não podemos supor, ainda, que sua identidade como médico do PSF já foi construída. Vimos com Ciampa que, se identidade é metamorfose, o ser humano está em contínuo processo de desenvolvimento, sempre se reinventando.

Neste sentido, talvez **Jonas** possa construir um **si-mesmo** e ser “criador da história”, um indivíduo, como diz Enriquez “capaz de procurar-se, ele mesmo, nos outros e os outros em si mesmo, numa busca permanente da verdade”.

## VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas de **Álvaro** e **Jonas** expressam suas lembranças e experiências bem como a relação que fazem entre o seu *modo de ser* no presente e suas perspectivas para o futuro. Quando falam de si, expressam o modo de ver e de sentir, de estar no mundo e de construir realidades. Desse modo seus relatos revelam as diferentes personagens que representaram e que constituem suas identidades.

A análise de seus depoimentos indica-nos que, ao apresentarem determinadas características individuais, os depoentes revelaram a existência de típicos médicos. Observamos diferenças em suas trajetórias de vida, porém os médicos apresentam também semelhanças quanto ao que almejam na profissão: serem reconhecidos como bons médicos.

O depoimento do médico **Álvaro** mostra que ele utiliza a figura paterna como modelo quando decide ser médico. Portanto, o pai, que é médico, tem um papel importante em seu processo de socialização. Berger e Luckmann (1985) dizem que os indivíduos, por meio da interiorização, ao compreenderem os “processos subjetivos” do outro, são capazes de compreender o mundo em que vivem e tornar este mundo o seu próprio. Isso implica que os indivíduos participem intersubjetivamente de algumas situações. Nestas circunstâncias se estabelece um nexo de motivação que se estende para situações futuras.

**Álvaro** em seu relato expressa que decidiu ser médico porque gostava de “lidar com pessoas”, que “*tinha uma convicção meio socialista do mundo*” e que também queria ajudar as pessoas. Desse modo, a idealização da medicina, além da identificação com o pai, também o motiva a optar pelo curso.

Por sua vez, a escola consiste em um outro referencial significativo para a formação de sua identidade. O contato com os conhecimentos da ciência médica faz emergir, no lugar da personagem do jovem que aspira a exercer uma profissão humanitária, a personagem do aluno ávido por aprender: “*eu fiz quatro residências médicas*”. O processo de identificação na escola permite que ele internalize modos existentes de relação com o conhecimento que conduz ao desempenho de papéis sociais, portanto, de uma identidade convencional (HABERMAS, 1990). Nesta

perspectiva é valorizada a imagem do médico especialista e que tem uma profissão rentável. Esta é uma questão que exige reflexão. Cabe-nos, portanto, indagar: Se o enfoque do mercado de trabalho é essencialmente economicista e a preocupação é manter a competitividade dos produtos, garantir a qualidade e a produtividade, gerando riquezas, como a educação formal universitária tem direcionado seu conteúdo no sentido de preparar o indivíduo para o trabalho?

Matias (2001, p.9) ressalta que:

[...] precisa-se também questionar se é sob essa mesma lógica utilitarista, isto é, sob uma perspectiva com fins técnicos que a educação tem dirigido as políticas educativas nas últimas décadas, como instrumento de resolução dos problemas de emprego. Se for assim, vive-se um processo de ajuste do sistema educativo ao sistema produtivo.

No exercício de sua profissão, **Álvaro** é inserido em um contexto de trabalho em que as relações se processam em meio a uma competição exacerbada e que acentua a sua necessidade de ser reconhecido profissionalmente. Nesta circunstância manifesta-se a personagem do médico “orgulhoso” e que tem muito poder.

Em vista do grupo ao qual pertence, isto é, de médicos especialistas e no desejo de obter o reconhecimento deste grupo, ele se deixa colonizar pela medicina que enfatiza a tecnologia e que determina as suas ações. E ele, o colonizado, assume papéis sociais que o impedem de desprender-se de uma identidade instituída: a do médico-cirurgião que atua em hospitais de alta tecnologia.

Diferente da de **Álvaro**, a narrativa do médico **Jonas** expressa os sucessivos movimentos que ele realiza em busca de concretizar uma identidade. Se a opção pela medicina é feita em vista do processo de idealização, da mesma forma que **Álvaro**, as experiências que **Jonas** vive, tais como: abandonar o curso de Medicina porque este não corresponde às suas expectativas, retomar aos estudos, optar pela Saúde Pública e pela homeopatia, expressam a sua necessidade de buscar algo que o faça sentir-se útil. Nestas mudanças ele constrói e reconstrói a sua trajetória.

Na faculdade, **Jonas** contesta os conhecimentos que sustentam uma visão de saúde voltada para a medicalização do paciente. Se, por um lado, há representação de papéis sociais estabelecidos, de outro lado, há também a

manifestação de uma subjetividade inconformada diante dos valores da escola e da prática médica.

**Álvaro** e **Jonas** querem ser reconhecidos como médico, mas, escolhem caminhos diferentes para concretizar este desejo. O primeiro, pela história vivida, almeja resgatar o prestígio que outrora possuiu e ser reconhecido como médico voltando a atuar como cirurgião. O segundo, também por sua trajetória de vida, deseja ser reconhecido, mas, diferentemente de **Álvaro**, quer este reconhecimento pela sua atuação na Saúde Pública.

**Álvaro**, de certa forma, se contenta com o reconhecimento desviante do PSF, isto é, se contenta com o reconhecimento mediante a atuação em consultório particular, não obstante, deseja permanecer na Saúde Pública. Ele nos relata: “[...] *pretendo ir para outra atividade experimentar um pouco o consultório, não pretendo sair do PSF [...]*”.

**Jonas**, ao contrário, acredita que o reconhecimento vem pelo trabalho que exerce na Saúde Pública. Ele acredita no PSF, acredita que é legítimo ter reconhecimento pelo trabalho que realiza. O seu compromisso com o PSF é diferente do de **Álvaro**. No entanto, sua permanência no PSF é conflituosa, já que suas expectativas não são correspondidas.

As narrativas destes médicos mostram a existência de duas tendências. Uma delas é a do médico que se mantém preso a uma identidade convencional (este parece ser o caso do médico **Álvaro**). A outra, refere-se ao médico que tem possibilidades de desenvolver uma identidade livre dos papéis sociais. Em vista de sua narrativa, **Jonas** mostra-nos que é capaz de desenvolver a reflexão em busca de uma identidade emancipada dos papéis sociais.

De maneira semelhante à pesquisa desenvolvida por Alves (1997) que teve como objetivo “o desvelamento das políticas de identidade às quais o adolescente está submetido”, o médico também se vê diante de políticas de identidades que se antagonizam com as possibilidades de colonização e emancipação.

Vemos em **Álvaro** atitudes que têm o objetivo de adequar-se às expectativas dos colegas médicos e dos pacientes. Apesar de mudar da medicina privada para a Saúde Pública ele permanece vivendo papéis sociais cristalizados em

busca de referências que tenham constância e que sejam seguras. Mas, para que, de fato haja uma transformação, ele necessita compreender suas contradições e seus conflitos.

**Jonas** nos mostra a possibilidade de, ao longo de sua trajetória, afirmar-se diferentemente do que fez no passado, isto é, de criar um “si” evolutivo. Sua narrativa expressa a possibilidade de valer-se de suas experiências e desenvolver o pensamento reflexivo.

Alves (1997, p.188) diz que há possibilidade da criação de uma identidade baseada na conquista da autonomia ao se “desenvolver um processo de reflexão sobre as contradições decorrentes da colonização do “mundo vivido” pelo “mundo sistêmico”.

O estudo da identidade dos médicos do PSF permitiu-nos verificar que, de um lado, há uma identidade pressuposta, por vezes repostas. De outro lado, há tentativas, ainda que incipientes de emancipação de uma identidade papel.

A transformação desta identidade e a reconstrução do modo de ser dos médicos pode significar o reconhecimento de outras identidades: dos enfermeiros, dos auxiliares de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde e dos usuários/pacientes, o que depende de um amplo processo de reflexão que pode conduzir à formulação de um projeto político que não seja definido de maneira unilateral e autoritária, mas que contemple a diversidade e a singularidade dos diferentes atores.

Ciampa (1990, p.241) diz: “identidades que se definam pela aprendizagem de novos valores, produzidos no próprio processo em que a identidade está sendo produzida, como mesmidade de aprender (pensar) e ser (agir)”.

Por outro lado, Enriquez (1994) alerta-nos sobre o risco de se formular e assumir uma identidade coletiva dominante. Vivemos em um tempo carente de ideais transcendentais e progressivamente perdemos nossos marcos identificatórios. Nos períodos em que as identidades pessoais começam a deteriorar, as sociedades tentam redefinir identidades coletivas, mesmo para propor ideais vazios e sem sentido.

Enriquez (1994, p.32) relata que assumir uma identidade coletiva dominante é:

[...] recusar o fato de que somos o produto de identificações múltiplas, de que podemos ter marcos identificatórios mutáveis ao longo de nossa vida e de que, graças a esse jogo identificatório, podemos escapar à pré-formação desejada pela sociedade e nos tornar indivíduos totalmente heterônomos.

O indivíduo *individualizado* que se apega às identidades coletivas não pode ser considerado como sujeito humano. É um indivíduo que só repete, reproduz e recria o funcionamento social tal como ele é. O inverso do indivíduo *individualizado* é o sujeito *individuado*. O sujeito humano é aquele que tenta sair tanto da clausura social quanto da clausura psíquica, “bem como da tranquilização narcísica, para se abrir ao mundo e para tentar transformá-lo” (ENRIQUEZ, 1994).

Enriquez relata que em alguns momentos somos indivíduos incapazes de questionar; ocasião em que pedimos fortes amarras e cedemos à idealização de deuses, do Estado ou de outro ser humano. Em outros, somos sujeitos mais autônomos e capazes de questionar o mundo e a nós mesmos, procurando o próprio caminho.

No entanto, para Enriquez a idéia de uma sociedade e de sujeitos autônomos se desfaz. Em compensação, há a possibilidade de cada sociedade e de cada indivíduo, mesmo que percebam dificuldades no caminho, arriscar-se a ir por ele. Se tivermos consciência de nossas impossibilidades, talvez possamos chegar, com mais freqüência, a nos orientar de forma autônoma, não nos aprisionando nas ilusões que o social propaga e que a nossa voracidade consome. Esta empreitada implica trabalhar quotidianamente para fazer a vida “mais um lugar de surpresas do que um lugar de repetição morna”.

Ainda para Enriquez (1997), não somos uma série de máscaras ou indivíduos irresponsáveis que não possamos tomar consciência de falhas, de faltas e de necessidades. Contudo, essa concepção de identidade tem que ser construída pela sociedade contemporânea.

Retornando ao médico do PSF, acreditamos que em sua vida cotidiana, em seu trabalho, em suas relações sociais, ele possa provocar mudanças em si mesmo e nos outros.

A manutenção da identidade-papel do médico do PSF revela a sua necessidade de reconhecimento, tanto pelos outros colegas médicos e membros da equipe de saúde, quanto pelos usuários. A emancipação desta identidade-papel deve

partir dele ao tomar consciência de si e assumir uma identidade do Eu, de si-mesmo. Desse modo, poderá recriar papéis sociais e vislumbrar um lugar no espaço social de trabalho na equipe de saúde.

Contudo, não se trata apenas de problematizar o profissional médico ou os usuários dos serviços de saúde. Acreditamos que é preciso também tirar o manto de sobre o modelo do PSF e verificar se, de fato, esse projeto articula uma ação política capaz de desenvolver uma prática social baseada em relações igualitárias entre os membros da equipe de saúde e entre estes e os usuários dos serviços. Uma prática social que, conforme Santos (2002), “seja capaz de inventar subjetividades individuais e coletivas”.

Desse modo, a possibilidade de uma identidade em emancipação depende de condições que permitam a reflexividade dos indivíduos e que possam dar conta das contradições vivenciadas no cotidiano por meio de ações comunicativas.

As pesquisas e estudos que realizamos no contexto da Saúde Pública nos levam a tecer algumas considerações sobre o Programa de Saúde da Família.

Nesta pesquisa, não tivemos a intenção de verificar se o PSF é ou não um bom modelo de assistência à saúde. No entanto, acreditamos que a implantação de um modelo, qualquer que seja ele, deve assegurar ao indivíduo o acesso a um serviço de saúde pública com qualidade.

Os médicos, nossos depoentes, constituem uma categoria profissional atuante no PSF. Os relatos que colhemos destes profissionais bem como de enfermeiros, de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, expressam seus modos de ver, sentir e construir realidades na instância do trabalho. A análise das narrativas, permitiu-nos analisar as contradições entre a adoção deste modelo pelos Serviços de Saúde e o mundo do trabalho do médico da Saúde Pública.

O PSF, segundo o Ministério da Saúde, propõe superar o modelo de assistência à saúde e, por conseguinte, a ineficiência dos serviços, a insatisfação da população e a desqualificação dos profissionais.

No entanto, entre os aspectos que observamos no trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família, destacamos primeiramente a dificuldade dos profissionais em delimitar as ações de saúde em vista da adoção da família como

espaço de atuação. É certo que a compreensão da dinâmica familiar e das condições de vida dos pacientes e usuários, bem como a presença da equipe de saúde no domicílio, são enriquecedoras. No entanto, a diversidade e a complexidade da realidade social com que o médico se depara exige dele a formação e a capacitação, mas que nem sempre estiveram disponíveis na escola médica ou no trabalho. Esta situação provoca um impacto sobre o trabalho dos médicos e dos membros da equipe e causa um desgaste mental. Diante desta circunstância, estes profissionais expressam, com muita freqüência, sentimentos de impotência e de frustração.

A Saúde Pública, vista como uma organização, configura um território que, articulado às determinações do contexto, define aspectos específicos para as relações de trabalho, as políticas de recursos humanos e os aspectos tecnológico e organizacional do processo de trabalho. Nestes níveis são elaborados o tipo de gestão e de controle sobre os trabalhadores. Sendo assim, ao pretender a construção de novas relações com a comunidade e entre os membros da equipe, o modelo de assistência deve inserir os profissionais em novas práticas e dar-lhes oportunidades de, não só adquirir novos conhecimentos, mas também utilizar as capacidades adquiridas bem como ampliar os espaços de iniciativa e de decisão. Vimos, anteriormente, que o trabalho nas unidades de saúde está organizado de tal forma que estabelece a hierarquia nas categorias médica e de enfermagem. Desse modo, os médicos diferenciam-se dos demais profissionais e em vista da posição que ocupam, isto é, no topo desta hierarquia, repõem a postura tradicional do médico.

As narrativas dos médicos entrevistados mostraram que o processo de trabalho no PSF continua centrado no médico e nas suas tecnologias práticas. O médico João relatou-nos: “[...] a estrutura do trabalho continua sendo *medicocêntrica*[...]”. Esta narrativa nos faz pensar nas dificuldades que o médico tem de trabalhar em equipe, dificuldades estas, decorrentes não só da ênfase na técnica e na tecnologia pela escola médica em detrimento de uma medicina comunitária como também do modo como os serviços de saúde estão organizados.

Em seus depoimentos, os médicos informantes e os demais profissionais de saúde nos relataram a existência de médicos que optam por atuar na Saúde Pública, mas, não apresentam o perfil adequado para trabalhar no PSF, isto é,

não se mostram comprometidos com uma medicina social. Este dado nos fez lembrar o relato de um médico cubano que entrevistamos e que havia coordenado a implantação do PSF em uma pequena cidade do interior de São Paulo. Ele nos disse: “[...] *eu não tenho nada a ensinar aos médicos brasileiros. Eles são bons médicos, o que fiz foi imprimir um jeito cubano de fazer medicina*”.

Por último, acreditamos que, para garantir a efetiva capacidade de atendimento, o setor da saúde deverá associar as ações de saúde com ações de emprego, educação e saneamento.

A noção de identidade em processo, que enfocamos nesta pesquisa, permitiu a compreensão das suas transformações mediadas pela experiência do trabalho. No entanto, estas transformações serão positivas se contribuírem para o enriquecimento da identidade. Nesse caso, o meio social ou a situação de trabalho pode ampliar as possibilidades do trabalhador reelaborar seu saber-fazer e de obter satisfação ao “encontrar um meio de conciliar seu ato e a expressão de suas capacidades” (MATIAS, 2001, p.14).

Nesse sentido, consideramos necessário ainda realizar leituras mais acuradas do campo da Saúde Pública na instância ideológica as quais possam contribuir para identificar meios de resistência capazes de superar os mecanismos que impedem as ações emancipatórias.

Finalizando, acreditamos na possibilidade de uma política de identidade autônoma e emancipatória capaz de criar o impulso de luta contra a colonização e capaz de realizar uma política como experiência de uma forma alternativa de sociabilidade que inclua outra relação intersubjetiva entre os seres humanos nos diferentes espaços sociais, tais como: a comunidade onde se mora, a família, a escola, o trabalho, o grupo de amigos, entre outros. Acreditamos, enfim, na identidade como construção social.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. Guilhon. **Instituição e poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ALVES, Cecília Pescatore. **Eu nunca vou parar de buscar nada**: emancipação frente à colonização e as políticas de identidade na adolescência. 1997. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

AZANHA, José Mário Pires. **Uma idéia de pesquisa educacional**. São Paulo: Edusp, 1992.

BADUY, Rossana Staevie. **O programa saúde da família em Londrina**: construindo novas práticas sanitárias. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

BENEVIDES, Iracema de Almeida. **Viagem pelos caminhos do coração**. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.202.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.2, n.2, p.141-154, 1998.

BERGER, Peter L. ; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Petrópolis: Forense Universitária, 1989.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1995.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRIOSCHI, L. R. ; TRIGO, M. H. B. **Interação e comunicação no processo de pesquisa**. Centro de Estudos Rurais e Urbanos (CERU) v.2, n.3, p.30-41, 1992.

CAMPOS, J. B. et al. Superando desafios na construção de amplas reformas curriculares. In Almeida, M. J. (Org.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CAMUS, Albert. **O mito de sísifo: ensaio sobre o absurdo**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1989.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O lugar da família na política social. In: **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo: Cortez, 2000. p.13-21.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis :Vozes, 1998.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

CIAMPA, Antonio da Costa. Identidade. In: CODO, Wanderley; LANE; Sílvia T. M. (Orgs.) **Psicologia social: O homem em movimento**. 3.ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985. p.58-75.

\_\_\_\_\_. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1990.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

CODO, Wanderley. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

COMISSÃO de Desenvolvimento do Novo Currículo de Medicina. **Problem Based Learning – Centro de Ciências da Saúde – UEL**. 1997. Disponível em: <[www.uel.br/uel/pbl/](http://www.uel.br/uel/pbl/)>. Acesso em: 15 jan. 2003.

CURITIBA. Secretaria do Estado da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde**. Curitiba, 1999.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Curitiba, 1997.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do trabalho: um estudo da Psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUBAR, Claude. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.19, n.62, p.13-30, Abr., 1998.

\_\_\_\_\_. **El trabajo y las identidades profesionales e personales.** Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, v.7, n.13, p.5-16, 2001.

ENRIQUEZ, Eugene et al. **Psicossociologia: análise social e intervenção.** Petrópolis: Vozes, 1994.

ENRIQUEZ, Eugene. Prefácio. In DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Orgs) **“Recursos” humanos e subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **A Organização em análise.** Petrópolis: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, Eugene. Interioridade e organização. In: DAVEL, Eduardo; VERGARA, Sylvia Constant (Orgs.) **Gestão com pessoas e subjetividade.** São Paulo: Atlas, 2001.

EÇA, Antonio José. **Mão prá cabeça ou considerações sobre a identidade do policial militar.** 1998. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Marcos, São Paulo.

FABBRO, Márcia Regina Cangiani. **O Processo de identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar.** 1996. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia.** 2.ed. Madrid: Alianza Universidad, 1995.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana.** Petrópolis: Vozes, 1985.

\_\_\_\_\_. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1988.

HABERMAS, J. Ciências sociais reconstrutivas versus ciências sociais compreensivas. In: **consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1989.

\_\_\_\_\_. **Para a reconstrução do materialismo histórico**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. Teoria da Adaptação. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, Caderno Mais, p.10-14, jan., 2003.

HELOANI, José Roberto ; SILVA, Walkure Lopes Ribeiro. Estado democrático, tecnologia e relações de trabalho In: VARGAS, Luiz Alberto (Coord.) **Democracia e direito do trabalho**. São Paulo: LTr, 1995.

\_\_\_\_\_. **Organização do trabalho e administração: Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. Trabalho, poder, educação. In: CONGRESSO BRASILEIRO de PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 1, **Anais ...**, 2002, São Paulo. São Paulo: USP, 2002. Mimeo.

IANNI, Octavio. A política mudou de lugar. In: DOWBLE, L. (Org.) **Desafios da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1997. p.17-27.

KONDER, Leandro. **Marx, vida e obra**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v.1.

MARX, Karl e ENGELS, F. **A Ideologia alemã (I – Feuerbach)**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MATIAS, Maria Cristina Moreno. **Representações sociais do PSF: relatório de pesquisa em políticas públicas**. Londrina: UEL, 2000. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Trabalho Qualificado: novos atributos, velhos impasses para a subjetividade. In: PEREIRA, Magali Cecili Surjus (Org.) **Cidadania: trabalho, educação e subjetividade**. Londrina: UEL, 2001. p.3-21.

MERHY, Emerson; FRANCO Túlio. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial**. Campinas: UNICAMP, 1999.

\_\_\_\_\_. **PSF: contradições e novos desafios Conferência Nacional de Saúde. ONLINE, 2000.**

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva.** *Ciência & Saúde*, São Paulo, v. 6, no. 1, 2001.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **A dimensão política da descentralização participativa.** *São Paulo em PERSPECTIVA*, São Paulo, v.11, n.3, p.8-9, jul./set., 1997.

PAIM, Jairnilson; FILHO Naomar de Oliveira. **Saúde coletiva: nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2001.

PEREIRA, Magali Cecili Surjus. **Política de identidade: um estudo de caso com Kaingáng.** Londrina: UEL, 2000.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec, 1990.

POSTER, Mark. **Teoria crítica da família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SANTANA, Carmen Lúcia. **Anatomia do método quantitativo: uma experiência de sua aplicação no atendimento dos refugiados.** São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2001.

SANTOS, Boaventura de Souza (Org.) **A globalização e as ciências sociais.** São Paulo: Cortez, 2002.

SATO, Leny. **Algumas notas sobre o emprego de metodologia qualitativa na pesquisa em psicologia social sobre subjetividade e trabalho: o enfoque etnográfico.** In: CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA, 26., 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1997.

SELIGMAN SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SILVA, Silvio Fernandes. **A construção do S.U.S. a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SPINK, Mary Jane Paris; GIMENES, Maria da Glória G. **Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre saúde e doença.** *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.3, n.2, p.149-171, 1994.

SPINK, Mary Jane Paris (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 1999.

SZYMANSKI, Heloísa. **Teorias e "teorias" de famílias.** In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant (Org.) **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC, 2000.

TERENCE, Marcelo Fernando; JUNQUEIRA, Virginia. **O Sistema Único de Saúde e a NOB 96: um passo adiante, dois passos atrás.** São Paulo, 2000. Mimeo.

TOURAINÉ, Alain. **Crítica da modernidade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

WILSON, Lynn. **Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes.** Tradução por Hamilton Lima Wagner, Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, [19—]

## GLOSSÁRIO

**ACS** – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**ASL** – AUTORIDADE SANITÁRIA LOCAL

**FIOCRUZ** – FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

**FMI** – FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL

**INAMPS** – INSTITUTO NACIONAL de ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

**MS** – MINISTÉRIO DA SAÚDE

**NOB** – NORMA OPERACIONAL BÁSICA

**ONG** – ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL

**OMS** – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**OS** – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

**PAB** - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

**PSF** – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**SUS** – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**UBS** – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**UNI** – UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**US** – UNIDADE DE SAÚDE

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>26</sup>

#### 1. O profissional de Saúde da Família tem habilidade clínica:

- . compreendendo, valorizando e envolvendo o paciente na abordagem de seus problemas de saúde;
- . contextualizando-se na realidade do paciente;
- . “especializando-se” nos problemas de saúde mais comuns da sua população;
- . atendendo, oportunamente, situações menos freqüentes, mas que impõem risco de vida;
- . baseando sua prática na melhor evidência clínica epidemiológica.

#### 2. O profissional de Saúde da Família é fonte de recursos para uma população definida:

- . considerando sua população como de risco;
- . advogando pelos seus usuários nas políticas públicas de saúde;
- . buscando e avaliando novas informações técnico-científicas e do território de forma crítica, selecionando as de relevância para uma prática reflexiva;
- . registrando suas ações e mantendo o sistema de informação atualizado, de forma a subsidiar o planejamento e as avaliações periódicas;
- . registrando os dados da família através das ferramentas apropriadas (folha de rosto de identificação e genograma) para a promoção de saúde;
- . responsabilizando-se com o sistema de saúde, quanto ao manejo de recursos e necessidades de referência.

#### 3. A saúde da família é uma disciplina baseada na comunidade:

- . os problemas clínicos não são pré selecionados, visto que a Unidade de Saúde é porta de entrada do sistema. Normalmente os problemas encontram-se em estágios indiferenciados, e a equipe deve desenvolver a competência de trabalhar com as incertezas, sob a estratégia de “*olhar e esperar*”.
- . a freqüência dos problemas é relativa e compatível com o perfil epidemiológico local;
- . as equipes desenvolvem cuidados em diferentes contextos: casa, Unidade de Saúde, equipamentos sociais e outros, na perspectiva de fazê-lo no trabalho e no hospital;
- . fazendo parte de uma rede de serviços próprios de saúde e intersetoriais;
- . coordenando o cuidado ao indivíduo, família e comunidade.

---

<sup>26</sup> Texto adaptado pela Secretaria de Saúde de Curitiba, dos princípios básicos de Medicina Familiar do *Canadian College of Physicians*

**4. A relação equipe-paciente é alvo central na saúde da família:**

- . estabelecendo uma relação de confiança e troca de saberes em detrimento das atitudes de “*Eu*” e “*Poder*”;
- . comprometendo-se com o usuário em primeiro lugar;
- . mantendo a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida;
- . acompanhando a evolução dos problemas de saúde;
- . estabelecendo uma relação de escuta ativa com a família e o usuário visto que a relação é terapêutica.

## ANEXO 2

### CONCEITOS, CONHECIMENTOS E HABILIDADES DA MEDICINA DE FAMÍLIA<sup>27</sup>

A doença ocorre e é resolvida no contexto da família. A família ajuda a definir o comportamento da doença e muitas vezes influencia a decisão de procurar cuidados médicos. As famílias podem influenciar a aceitação do quadro e facilitar o tratamento e os esforços de reabilitação.

O médico de família está na posição única de desenvolver uma relação de longo prazo com as famílias, podendo observar o desenvolvimento e o funcionamento daquelas famílias durante este tempo. Este conhecimento sobre as famílias irá ajudar o médico a manejar os seus pacientes nos seus problemas de âmbito médico e psicossocial.

É recomendado que as famílias sejam envolvidas (tanto pelo argüir ao paciente sobre ele e sua família, como convidando a família a comparecer a clínica para uma entrevista) nas seguintes situações clínicas:

- ◆ Gravidez
- ◆ Problemas com o comportamento e educação dos filhos
- ◆ Uso alto (inapropriado) dos serviços de saúde
- ◆ Doenças genéticas
- ◆ Doenças crônicas como HAS e diabetes
- ◆ Doença aguda séria
- ◆ Pouca aderência ao tratamento médico
- ◆ Doença terminal
- ◆ Luto
- ◆ Doenças psiquiátricas maiores
- ◆ Conflito familiar ou conjugal

“Trabalhando com Famílias” é frequentemente confundido com “Terapia Familiar”. Doherty e Baird descreveram os níveis em que o médico trabalha com as famílias. Estes níveis envolvem um espectro de conhecimentos, habilidades e envolvimento, com o Nível 1 sendo “Mínima Ênfase na Família” e o Nível 5 sendo “Terapia da Família”. É importante reconhecer que a maioria dos médicos de família intervém entre os Níveis 2 a 4, que Doherty e Baird descreveram da seguinte maneira:

**Nível Dois:** Informações e conselhos médicos contínuos – fornecendo aos membros da família informações médicas, ouvindo suas questões e considerações e referindo para um terapeuta de famílias se as disfunções da família estiverem interferindo com o tratamento médico.

<sup>27</sup> Este texto é parte do conteúdo extraído de WILSON, Lynn. *Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes*. Tradução por Hamilton Lima Wagner. Curitiba: [s.n., 19-].

**Nível Três:** Sentimentos e Suporte – comunicação como os membros da família considerando seus sentimentos e considerações sobre a condição do paciente e seus efeitos na família, e referindo para um terapeuta de famílias se a disfunção estiver interferindo com o tratamento médico.

**Nível Quatro:** Avaliação Sistemática e Intervenção Planejada – usando seus conhecimentos sobre o sistema da família de modo a dar suporte a seus membros e ajudá-los a desenvolver novas maneiras de se relacionar, facilitando a referência ao terapeuta de família para disfunções familiares que escapem do nível primário de atenção.

*A meta deste livro de trabalho é introduzi-lo no conceito de “Trabalhar com Famílias” na Medicina de Família. O livro de trabalho é composto de duas seções principais: Problemas Clínicos e Ferramentas de Trabalho. A Seção de Problemas Clínicos consiste em um número de diferentes cenários encontrados frequentemente pelo Médico de Família em que o acesso e a intervenção podem ser de ajuda no manejo dos problemas. A Seção de Ferramentas de Trabalho lhe ensinará sobre diferentes técnicas de acesso às famílias. Se uma técnica particular de avaliação familiar é mencionada na seção de Problemas Clínicos, você será remetido para a seção de Ferramentas de Trabalho para maiores detalhes.*

*Dois dos módulos dos Problemas Clínicos, “Colaboração” e “Parar de Fumar” tem fitas de vídeo que acompanham e que poderão ser mostradas pelos seus supervisores. É recomendado que o trabalho dos módulos seja realizado individual e coletivamente. As respostas podem ser discutidas em seminários ou no seu meio dia de atividades junto ao preceptor, ou entregues por escrito. Como fazer isto será discutido por você e seu professor no próprio Centro de Medicina de Família.*

*De modo a serem mais bem compreendidas as técnicas de avaliação familiar e os problemas clínicos que você encontrará neste livro de trabalho, é recomendado que você faça as seguintes leituras antes de testar os módulos:*

1. Doherty W H.; Baird, MA. *Developmental levels in family-centred medical care.* Fam Med 1986; 18:153-6.
2. Campbell T.; Mc Daniel S. *Applying a system approach to common medical problems.* In Crouch MA ; Roberts L. (ed.), *The Family in Medical Practice: A Family Systems Primer*, New York: Springer-Verlag, 1987.
3. *Family systems concepts – tools for assessing the family in primary care.* In Mc Daniel S.; Campbell T L. Seabun DB: *Family-Oriented Primary Care.* New York, Springer-Verlag, 1990.

*Estas leituras explicarão as bases teóricas de “Trabalhando com as Famílias” na Medicina de Família, que é baseado na teoria do sistema de família.*

*Nós esperamos que você complete este livro de trabalho durante a sua residência e que quando você o termine, sinta-se confortável em lidar com situações como as seguintes:*

João recém teve seu primeiro ataque cardíaco e ele parece não ser muito cooperativo em usar os medicamentos e seguir os exercícios prescritos.

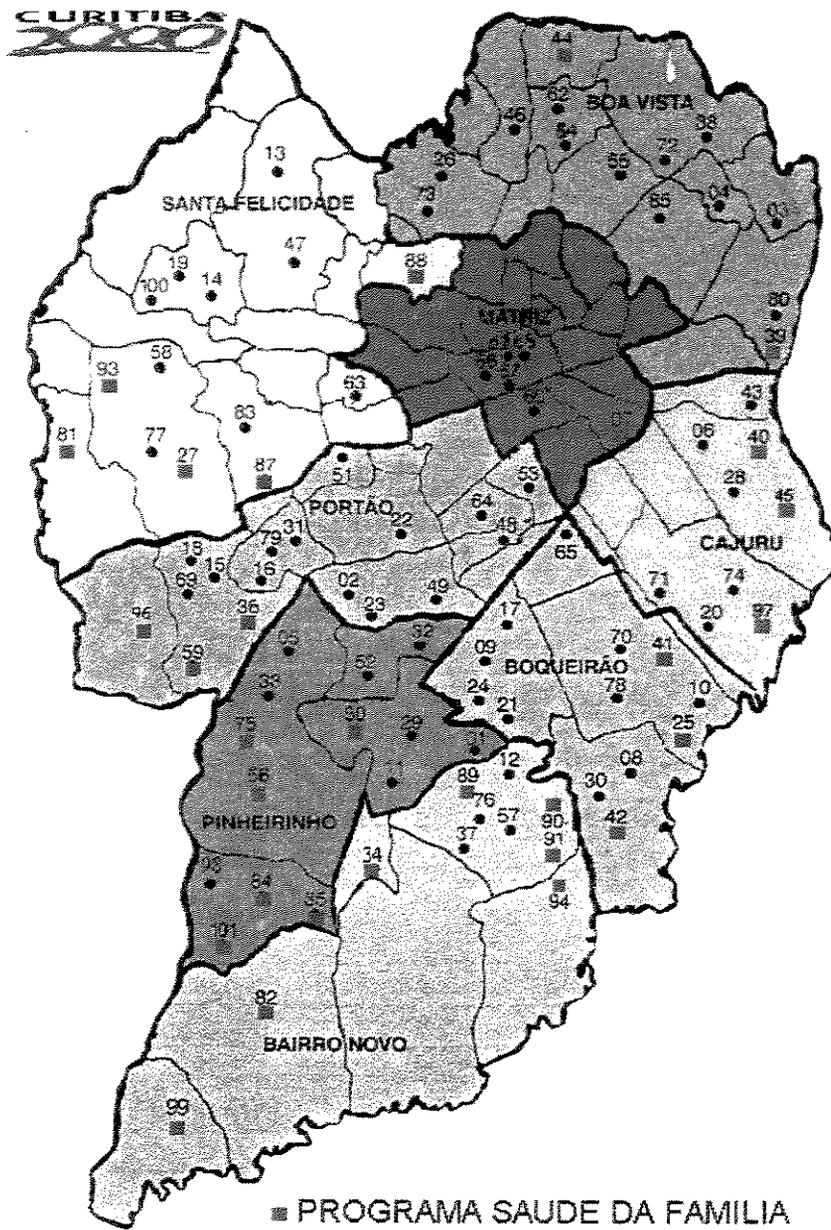
Na primeira visita para verificar a saúde do bebê que você fez o parto 3 semanas atrás, a mãe lhe informa que seu marido esta ameaçando deixá-la.

Sr. N. está comatoso em consequência de seu tumor cerebral e os membros de sua família não concordam com o nível de agressividade do tratamento necessário.

*Os objetivos específicos que deverão ser atingidos enquanto trabalhando com este livro estão listados na próxima página. Assim, como há um questionário de avaliação ao fim do livro, gostaríamos que você completasse após terminá-lo. Qualquer sugestão que você tenha visando a estrutura ou conteúdos do livro de trabalho será bem-vinda.*

### ANEXO 3

#### REGIÕES DO MUNICÍPIO DE CURITIBA



## ANEXO 4

### ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO DO PSF<sup>28</sup>

Preferencialmente, o médico da equipe preconizada pelo PSF deve ser um generalista; portanto, deve atender a todos os componentes das famílias, independentemente de sexo e idade. Esse profissional deverá comprometer-se com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos. Seu compromisso envolve ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis.

Ressalta-se que o profissional deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoa, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos.

#### **Suas atribuições básicas 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 abordar 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 epidemiológica 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.

---

<sup>28</sup> BRASIL. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1998.

## ANEXO 5

### ENTREVISTAS COM OS MÉDICOS ÁLVARO E JONAS

#### Entrevista nº 04

Nome: Álvaro.

Idade: 48 anos

Estado civil: casado, dois filhos.

Dia: 12/11/99

Duração: das 16:20 às 17:30

**Onde você se formou Fale-me um pouco sobre sua formação.**

Eu entrei muito jovem na faculdade. Entrei com dezessete anos, fiz dezoito quando já estava dentro da faculdade. E eu me formei também jovem, tinha 23 anos. Tenho 48, faça uma idéia. Eu fiz quatro residências médicas: fiz de ginecologia-obstetrícia, fiz de anestesiologia, fiz pediatria, fiz clínica médica, quatro especialidades. E me formei em 1975 na Faculdade Evangélica de Medicina. **Em Curitiba?** Daqui de Curitiba. E daí eu não trabalhava em serviço público, eu trabalhava em medicina particular. Na realidade eu queria sabe, eu tinha uma convicção meio socialista do mundo não é? Então na realidade eu queria trabalhar em um serviço que eu tivesse uma necessidade de criar alguma coisa, de ajudar as pessoas, mas para isso eu precisava de experiência, de tempo não é? E eu trabalhei em São José dos Pinhais na região metropolitana durante um bom tempo, ganhei bastante dinheiro. Depois minhas filhas casaram e entrei na Prefeitura... e aí eu não ia fazer obstetrícia. Hoje em dia se eu tivesse esse celular aqui estava louco, estava com o bip que não podia nem almoçar, nem com minha família. Mas eu trabalhava aqui em Curitiba com obstetrícia e anestesia, juntava dois plantões em hospitais diferentes trabalhava como anestesista na Santa Casa, no Hospital de Clínicas, no Santa Brígida e também como obstetra no Hospital Santa Brígida e no Nossa Senhora de Fátima. Então já viu como era minha vida aqui, então me convidaram para ir prá lá e lá eu tinha mais de cinco mil clientes, não tinha tempo para nada, mal podia almoçar fora com minha família. E ganhei bastante dinheiro, deu para construir

minha... meu pé de meia. Eu acabei vindo para Curitiba porque eu tive uma filha lá, tive minha terceira filha que morreu de meningite e tuberculose, pegou meningite com um ano e morreu com seis anos e eu gastei tudo quase o que tinha, tive que recomeçar praticamente minha vida aqui, mas, deu certo em 88. E eu comecei a fazer obstetrícia aqui mas não agüentei, não dava porque é muito agitado e eu já estava com quantos anos de profissão, não é? E levantar de madrugada e tal e eu disse eu vou fazer o que eu quero aqui e então entrei na Prefeitura, acho que em 92, 93. Comecei a trabalhar na unidade básica comum, mas não era aquilo que queria também, sabe? Ficava meio ... atendia a demanda clínica de manhã, assim como eles atendem as clínicas, mas atendia bem, fazia meu serviço bem, inclusive fazia mais do que exigia, mas aí surgiu a oportunidade desse concurso interno da prefeitura de fazer o programa da medicina da saúde da família e aí a ASL (**Autoridade Sanitária Local**) me requisitou para trabalhar na unidade dela e eu mudei de regionais, vim trabalhar na unidade do Siqueira para depois trabalhar aqui, praticamente eu comecei aqui, em 1995. Comecei, mas do zero como médico do programa saúde da família, fiz o concurso interno, passei e fui aprovado, designado...e então eu estou aqui até hoje, fiz um curso, um curso, a especialização vou fazer o ano que vem. Aí eu trabalho em tudo o que eu quero: em obstetrícia, em ginecologia, em clínica-médica, menos anestesia mas pediatria também, então atendo de tudo e agora saúde mental que também estou me dedicando... eu a partir de janeiro... vou fazer um curso, sou terapeuta também de alcoolista, trabalhava já com alcoolismo e drogas desde 1988, há uns doze anos que trabalho com isto. Faço psicanálise até hoje, lido com saúde mental, tenho que estar...e eu desenvolvo uma função numa clínica particular aqui em Curitiba. **Você tem outra atividade?** Outra atividade não, é a mesma, a saúde mental, mas só com alcoolismo e drogas. **Mas é ligada à prefeitura?** Não, é

outra coisa, aqui eu lido também mas só com alcoolismo e drogas, mas com a saúde mental eu estou no começo vou passar a fazer agora a partir acho que janeiro as terapias alcoolistas, as... fobias. Fora isso eu sou médico geral da unidade, fiz um trabalho agora para apresentar num congresso, vou apresentar em Brasília, na Primeira Mostra Nacional.

**O que é para você o Programa Saúde da Família?** Eu diria para você que é a concepção de como o camarada é, como deve ser como médico. O médico hoje em dia deve ser muito mais eu acho que social e mais antropólogo e social, do que um médico de poder. Eu já tive, eu já fui um médico de poder, entendeu? Porque... eu chegava no hospital, no centro cirúrgico e eu ia operar e eu mandava, fazia o que... e entrava quem eu queria, extremamente exigente e orgulhoso. Geralmente, isto é uma coisa psicológica a coisa de poder, de conflito, de coisa interna, se a gente tem conhecimento você domina o poder, entendeu? Você vai se tornando... isso depois que eu estudei eu vi isso, você vai se tornando cada vez mais poderoso e inatingível. A gente se cerca do poder e quanto mais saber a gente tem mais poder você tem, isso é uma coisa que... isso é que prejudica as pessoas sabe, eu fui prejudicado inclusive por isso, caí com sempre digo, caí de um tobogã de acrílico com manteiga (risos), mas escorreguei direto. Aí que eu vi o problema todo, então eu tinha que inverter esse tipo de coisa, de energia, do conhecimento, de tudo, em benefício de alguém, não é do meu benefício, do meu ego, entendeu? Eu tenho que inverter isso para alguma coisa, a gente tem que, um dia você tem que parar porque aparece alguém mais poderoso que você prá fazer você ver que você tem o seu lugar. Eu queria, a gente tem que ser mais para a medicina social, mais concreto nas coisas que a gente faz, mais dedicação no produto... amadureci. Mas, amadureci eu (?) indicar melhor as pessoas na medicina do trabalho como eu tinha que (...) as pessoas mais carentes que mais necessitam de atenção, que mais necessitam de seus conhecimentos, melhor ainda, que necessitam dos conhecimento teus da área que você trabalha e existem coisas comuns que devem ser tratadas, não adianta tratar, usar raio laser, saber usar raio laser, destruir um câncer de colo aqui e não saber tratar,

fazer um preventivo de câncer, são coisas comuns. O que é comum aqui na área? É alcoolismo, drogas, infecções respiratórias, então eu tenho que ser especialista nas coisas comuns à minha comunidade onde eu trabalho. Não significa que eu não deva saber outras coisas, é claro que sei, mas eu detive esse tipo de coisa e vi que meus conhecimentos podiam ser usados prá este tipo de pessoas, é claro que estou falando de minhas convicções entendeu? Dos meus... das minhas... do que eu quero ser, do que eu penso da medicina, do que eu penso da população, do que eu penso ser uma ... e eu me encontrei, nessa área eu me encontrei e estou muito feliz até hoje porque eu estou conseguindo realizar aquilo que eu planejei para a minha vida há muitos anos atrás. Sou casado, tenho netos, minha esposa. Minha esposa agora também está conseguindo realizar o que ela quer, tem 44 anos, está conseguindo agora. Mas aí eu vi que não bastava só conhecimentos, precisava saber coisas sociais e então comecei a estudar mais sociologia, saber como funciona os... conflitos, como funciona bem... os relacionamentos pessoais, o que eu tenho que saber de sociologia, algumas coisas, não tudo, o que eu preciso saber para poder lidar com a minha comunidade, tá? Assim como da psicologia tirei muita coisa do que eu preciso, a psiquiatria eu estudo diariamente, mas a psicologia tiro algumas coisas. E agora estou vendo que preciso saber mais antropologia para poder juntar antropologia, sociologia e a própria medicina, o saber médico, vamos dizer assim para mim poder usar na minha comunidade, existem mais ainda os fatores antropológicos que influem(...) **O trabalho com família?** O trabalho com família, então eu preciso saber da área de antropologia. Já estou providenciando isto também, pesquiso muito no computador, tem uma papelada lá em casa... mas a antropologia, a sociologia, a medicina e assim estou exercendo o projeto e estou conseguindo ajudar os outros, efetivamente ajudar as pessoas.

**Então, o que é ser médico do PSF?** O PSF existe, ele tem determinados princípios, o médico do PSF obedece determinados princípios, quatro basicamente. Ele é um profissional hábil. A medicina dele é voltada para a comunidade, ele luta pelos interesses da comunidade e a atenção é sempre centrada no doente e na família, não na

doença. São quatro princípios que regem, tem alguns instrumentos que a gente usa, para o estudo da família. Para saber as coisas que são familiares: as doenças cardiovasculares, alcoolismo, a gente usa o genograma como se fosse uma fotografia táctica da família. O ciclo de vida é coisa que na medicina se modifica com o tempo. Os problemas, as dificuldades da família, o relacionamento, o afeto. **Você tem encontrado dificuldades para desenvolver estas atividades no Programa?** Ah, eu não tenho encontrado dificuldades, certo? Dificuldades pessoais para desenvolver esse tipo de coisa não, porque eu gosto de fazer isso. **E institucionais?** De instituição não, de unidade não, aqui funciona como se fosse uma família sabe, a gente sabe o que tem que fazer, eu sei das minhas responsabilidades, o que eu tenho que fazer. A dificuldade que a gente encontra é fazer contato com a própria família, com as pessoas, mas eu tenho uma facilidade para a gente ganhar a confiança das famílias, o pessoal confia em mim então é mais fácil para gente falar e nem sempre as pessoas gostam de falar sobre os seus problemas, principalmente o afeto, a intimidade, usando os elementos da família. Mas a gente tateando, indo devagar... até hoje eu não encontrei dificuldades, mas dificuldade tinha um pouco quando não me conheciam, mas agora que me conhecem... é mais fácil. Não tem, no nível institucional, também não tem, contexto também não. Porque eu gosto de fazer, agora as pessoas que não gostam, tem que sair, tem que ir lá, tem que ir a pé, tem que falar, tem que entrar numa casa, às vezes está faltando muitas vezes higiene, é sujo, não gosta, as pessoas "meu Deus que fedor", mas é isso aí, esse tipo de medicina é isso aí, é... nós temos resolvido já alguns problemas, e eu trabalho também com a terapia naturalista, tem um terapeuta holístico aqui. No começo eu tinha muita resistência a esse tipo de coisa, depois falei: deixa eu abrir minha cabeça, talvez funcione, não é? E funciona. Eu tenho meu próprio... aí que usa a terapia holística naturista junto com a parte clínica. Eles usam, como é, esqueci o nome, a alimentação...É... acupuntura, eles usam, faz exercícios respiratórios, tem uns rituais tibetanos aí, um negócio da Internet que funciona que provei em mim mesmo se funcionava, funciona, tá? E funciona,

realmente funciona, porque eles precisam ser tratados no contexto deles, não é que eu venha com uma fórmula mágica, que eu faça, eu posso fazer o doutorado, o mestrado e venha com uma fórmula mágica: Ah, isso aqui tem que funcionar nesta comunidade. Não é, tem que sentir a comunidade, tem que tratar no contexto deles, no contexto de família, compreendeu? O conceito que eles tem de família não é o mesmo que nós temos. Não é. Por isso eu tive que estudar antropologia. Agora, eu tenho um conceito de família para mim que é eu, minha esposa, os filhos e netos. Ele não, o conceito de família é ele, a esposa, os filhos, o tio, os avós, o agregado se tiver e quem manda neste grupo familiar às vezes não é o homem, é uma mulher. Aqui tem um grupo familiar enorme que é uma mulher pequenininha, baixinha que determina a conduta do grupo e o que você deve fazer, na família toda, manda em tudo. **Então o conceito de doença também vai mudar...** Exatamente isso, pescou. O conceito de doença para eles é outra coisa, então você tem que trabalhar a doença no contexto deles, claro que sim, fazendo suas coisas devagarinho, mas no contexto deles. É muito melhor você tratar uma pessoa, uma doença, como eles entendem a doença, às vezes, errado, mas você tem que explicar o que é o certo, entendeu? Às vezes eles estão acostumados a usar ervas, tem que melhorar, você pode continuar usando suas ervas, seus rituais, sei lá, mas vamos experimentar isso, não funciona, entendeu? O conceito que eles tem de doença é uma coisa que o conceito que nós temos da doença. Para eles, estão interessados sempre na doença, mas eu não, eu estou interessado no doente, numa pessoa, num câncer dentro de uma família que causa uma série de distúrbios nos outros que aparentemente não tem nada a ver, uma gastrite, um neto que tem uma convulsão, um avó que tem câncer, um distúrbio psiquiátrico, uma sobrinha, entendeu? Um pai que tem... um tio que tem câncer, já aconteceu isso aqui. Então o conceito que eles tem está tudo interrelacionado, é (ecologia ?) de vida deles. Então o conceito que eles tem de doença, que eles tem de família, que eles tem de trabalho é diferente do trabalho de outra pessoa, não é... Não é entrar às oito da manhã, assinar o ponto, sair ao meio dia, assinar o ponto, voltar à uma hora e assinar o ponto, sair às cinco e

assinar o ponto. Este é o conceito que nós temos. O conceito de trabalho deles é trabalho sim, claro que é trabalho. Eles trabalham uma hora por dia num bico, outro ali, entendeu? Quem trabalhou uma hora já trabalhou, ele trabalhou, uma hora é trabalho para eles. Foi catar papel ficou duas, três, quatro horas, puxa então trabalhou. Então, o médico que quer ver este tipo de comunidade tem que entender destas coisas. Claro, para eles é diferente, se tem que educar, pombas. Porque eles... é meio dia, para eles o nosso horário, o nosso horário de almoço é meio dia, mas como eles não têm comida, eles comem qualquer hora da manhã, nove horas da manhã, meio dia é hora de trabalho, eles vinham no posto aqui, meio dia, está entendendo? Os horários são diferentes, os costumes são diferentes, o costume da comunidade é diferente, como eles trabalham a doença, como eles trabalham o próprio trabalho, o conceito de família, tudo é diferente. Mas se a gente não tiver atento assim, se você vem com uma fórmula pronta, isso não é aceito na comunidade. Então qualquer trabalho que a gente fizer na comunidade, se você não conhecer como funciona, não angariar confiança, não estabelecer laços de afeto, e eles tem comigo, mas tem resistência até hoje com outro médico... não existe laços de afeto, isso gera conflito não é? **Então um ponto importante do Programa é essa aproximação com a comunidade?** Um ponto importante é angariar a confiança, é a aproximação com a própria comunidade... primeira coisa. Depois entender como funciona essa comunidade, depois aplicar os próprios princípios do Programa da Saúde da Família e os instrumentos para fazer um diagnóstico epidemiológico, não só epidemiológico, o social, cultural com a própria comunidade. **Diante de todas estas questões, como é que você se sente?** É, a gente sente o peso da responsabilidade nas costas, você carrega uma responsabilidade, você pode modificar o que, um pensamento de uma pessoa, uma convicção, uma cultura, uma visão sobre determinado assunto, desde que você sugestione uma pessoa, ela deixe que funciona. Então se a gente sugestiona e não funciona, a gente então, é uma questão de crédito e a gente se sente responsável, bastante responsável porque é claro que há pressão, se sente assim meio estressado de vez em quando, tem problema de gestante,

tem problema de sofrimento mental, sou responsável, tem problema de hipertensão, problema do lactente, problema da "Mãe Curitiba", tem uma série de coisas que às vezes a gente se sente estressado, não é? Mas aqui nós dividimos o trabalho comum, mas de vez em quando não posso negar que me sinto estressado. **Como é o relacionamento entre os membros da equipe?** Nossa equipe aqui, nós relacionamos muito bem, sabe, dividimos. Elas tem liberdade de falar comigo, então... de expor, até me chamam pelo primeiro nome, não é doutor, às vezes é doutor Álvaro, às vezes é Álvaro, depende se tiver pessoas perto, sempre me respeitam nesse sentido não é só em grupo, mas sozinho é Álvaro, mas se tem as pessoas é Dr. Álvaro para não perder o respeito não é? Mas eu relaciono muito bem com elas, eu não tenho dificuldades de falar com elas, de pedir as coisas e nem elas de pedir prá mim. Então se for falar com a auxiliar de enfermagem, elas tem liberdade de entrar, de falar, de discutir, a doença, às vezes, a gente... eu posso passar uma coisa errada, a gente confia que tem conhecimento, às vezes tem dúvida, tal, coisas que antes se não surgisse eu não comandaria não é? Entrava no hospital, antes nem olhava para a cara da enfermagem, nem da chefe..., entendeu? Então minha visão é outra, e que isso hoje proporciona uma boa relação interpessoal e aí que está o segredo interpessoal, então o segredo está em a gente conhecer a gente mesmo, não é em conhecer os outros porque não é primeiro o que faz com os outros, o segredo é a gente conhecer a gente mesmo, saber do que é capaz, o que vai fazer para dar certo, não é? Eu abri a minha cabeça, acho que a terapia ajudou nesses anos todos, e eu me conheci, eu sou aberto, não tenho nada o que esconder, não tenho segredo médico, o que esconder, como se faz isso, antes escondia, upa, o pulo do gato, não é? **(risos)** Bem, faz assim, faz assado, eu dou autorizações para elas nas 6<sup>as</sup> feiras do que deve ser feito. Me dou muito bem tanto com minha chefe, minha chefe, que é minha amiga pessoal, todas, não tenho problemas aqui. Claro, não é tudo às mil maravilhas, se não houvesse conflito, de vez em quando tem os conflitos **(interrupção da entrevista por um médico que abre a porta, entra na sala e é apresentado à pesquisadora, faz alguns comentários,**

pega alguns papéis sobre a mesa e logo em seguida sai e fecha a porta. A pesquisadora lembra o entrevistado do que estavam falando). Quero deixar claro que quando a gente tem os conflitos, não se fica remoendo. A solução, a resolução de conflitos é no ato ou nas reuniões de 6ª feira, doa a quem doer. Chora, tan, mas é resolvido, depois que passou, passou. Então eu acho que é assim, nós já fazíamos assim na Campinho do Siqueira com a J., e aqui é a mesma coisa. Ninguém fica de fofuquinha, ta ta ta, porque é isso, nã nã nã nã, não. Vai resolver o conflito, vai, senão vai para a reunião de 6ª feira, cada um chora suas mágoas, enfim. Por isso mantém a gente muito coesa, sabe, em termos de honestidade e ética também **Nesta unidade, só você atua como médico do programa? Só. O outro médico faz especialidade? É médico clínico geral, veio para me dar uma mão. Quantas famílias vocês atendem? 900 famílias, três mil, setecentos e poucas pessoas, não estou lembrando muito bem o número. Qual a sua rotina de trabalho, o que mais gosta e o que menos gosta? Minha rotina, eu atendo a demanda de manhã, dezesseis consultas, às vezes umas duas emergências, e do que eu menos gosto é atender além que eu fico muito cansado. Não é porque que eu fico cansado, é que eu posso ter uma margem de erro se eu cansar, eu já não fico certo no diagnóstico, então vinte e olhe lá. Isso de manhã. Eu atendo uma média por dia de 30 a 33 pessoas, fora de tarde na 2ª feira eu tenho programa de hipertenso e terça feira à tarde um grupo meu de alcoolismo, num outro local que faz parte dessa unidade, mas eu tenho minha sala. Na 4ª, feira de tarde eu tenho o Programa das gestantes, da Mãe Curitiba, na 5ª feira à tarde tenho o programa dos lactentes e nas 6as. feiras à tarde, nós temos as reuniões, a maioria, reuniões internas para discutir esse tipo de coisa, reuniões de conflito interno à unidade e saio para visitas, além disso tudo eu faço as visitas domiciliares. Às vezes eu deixo o programa aqui com a enfermagem, elas tocam o programa, se for de emergência faço no outro dia de manhã, uma pessoa que precisa mais, esteja mais precisando. Daí faço minhas visitas domiciliares e consulta domiciliar, tem pessoas que não podem sair de casa, tem outras que tem que ver, tem outros que tenho que investigar indicativos**

de tuberculose, outras doenças que o levantamento epidemiológico. Eu saio terça às vezes depois do grupo, às duas horas, depois às quatro, das quatro à cinco, eu saio às 5ª feiras, às vezes eu deixo aqui as gestantes, às vezes eu deixo com a enfermeira chefe que é só medir a altura, o peso ela passa outro dia, e saio para as visitas. Não tem o que eu não goste de fazer. O que eu não gosto é quando eu tenho a demanda de manhã que é demais, às vezes, só isso. As outras coisas, a gente dá um jeito. Se a gente quer fazer uma coisa, a gente acha tempo. Acha. Quando o camarada não quer fazer nada, não adianta (risos). **Quais os sentimentos que surgem frente às dificuldades? De que forma você costuma lidar? Eu sou uma pessoa brincalhona sabe? Isso facilita. É uma característica? É, para a enfermagem a maioria dos visitantes não abre a porta, fica só no cantinho, eu às vezes bato na porta, ponho a cara "com licença" e já vou entrando, "com licença como é que está a coisa aí", não tem como dizer não (nesse momento, a ASL abre a porta, observa que o médico está sendo entrevistado e em seguida fecha a porta).**

Pois é, eu sempre tenho muita pena, muita sensibilidade, eu acho que a gente... falta um pouco com as pessoas hoje em dia, falta um pouco de generosidade. As pessoas não são tão generosas quanto deviam ser, a gente vê no dia a dia isso. Um exemplo disso é uma pessoa do Rotary Club, não é? Como eles são ricos, de vez em quando eles vão lá dar o dizimo da igreja, vem aqui fazer uma campanha só para aliviar o peso da consciência (risos) Mas em geral não estou dizendo que não existem pessoas boas, mas a generosidade das pessoas às vezes é muito comprometida. E olhar os outros, olhar a situação dos outros, se colocar na situação dos outros, talvez seja por isso que me facilite, que eu me coloco na situação deles, falo a linguagem deles. Não quero saber se a casa está suja ou não, se eu estou de roupa limpa, eu sento onde der, entendeu? E me igualo com eles, não interessa se eu tenho um Vectra, se eu sou gordo ou sou magro, eu chego lá então me coloco no nível deles, e eu tenho uma sensibilidade assim, mas eu acho que eles precisam de ajuda, mais do que as outras pessoas que tem posse, que tem acesso a um serviço médico mais sofisticado, porque eu já trabalhei em serviço

sofisticado e eu sei como é que é, eu sei o que é a gente trabalhar neste tipo de serviço, o que é. E por eu ter justamente essa facilidade, isso me facilitou também ganhar dinheiro, entendeu? Eu trabalhei em serviço sofisticado, ganhei grana, ganhei dinheiro, mas também ajudei muitas pessoas, eu não fui só tão orgulhoso (**risos**), eu só tinha uma postura errada. **Então porque essa mudança? Por que o PSF?** Porque era um projeto mesmo, fui mudando as coisas, eu não ficava satisfeito, eu trabalhava mas não, entendeu? Eu passava nos lugares e tinha gente muito ruim, tinha gente que precisava de trabalho, já comecei no São José atendendo essas pessoas mais humildes sabe? No pequeno consultório do meu lado tinha, me diziam, "olha você está misturando as coisas, misturando os seus clientes particular com as pessoas que precisam, já ficava uma situação incômoda, mas era eu que estava querendo fazer isso, entendeu? Eu é queria ter esse tipo de medicina. Quando surgiu esse projeto aqui, foi um projeto de vida mesmo, todos tem. Uma coisa que eu posso verificar e sem me incomodar, porque o que a gente faz para a gente não se incomoda, eu já estava ficando irritado com esse negócio de madame ficar me telefonando três horas da manhã dizendo que estava com vontade de vomitar (**risos**), é, sabe como é gente rica, sabe como é que é, "ai doutor não dá para o senhor vir aqui em casa, estou com dor nas costas", não, mas isso é normal, "mas o senhor poderia dar uma chegadinha", então levantar, entendeu? Coisas assim, claro que tem que ser visto, tem que ser atendido, mas não às três da manhã. Então a gente torce, torce para não ligar para esse tipo de coisa, de frescuras, não da medicina em si, de frescuras sabe? Sei lá, peguei um nojo assim desse tipo de coisa. Eu via, cada vez mais uma coisa que estava me chamando assim para esse lado, sempre tive idéias de ir, desde os quinze anos, nesse serviço. Me meti nesse revolução de 65, 64 (**risos**), tinha quinze anos de idade, eu já tive essas idéias do proletariado vamos dizer assim, tenho, não comunista, mas do proletariado, então parece que isso foi para mim (?) no resto da minha vida, da minha vida profissional, hoje em dia eu sou assim, está dentro do que eu quero. **Quais são suas perspectivas para o futuro? Carreira assim? Vai aparecendo as coisas, meu serviço vai sendo reconhecido**

entendeu? Fui convidado para montar um manual de saúde mental, me chamaram, em seis meses montaram o manual para Curitiba inteira. Fui chamado para fazer palestras sobre alcoolismo, drogas, em todas as unidades do programa aqui na cidade, todas não, então estou sendo reconhecido pelo meu serviço, eu não tenho grandes aspirações de ser por exemplo, o mandão, o bom, entendeu? Não existe o cara, o iluminado sabe, sobre o alcoolismo, sobre a pobreza, só muito lidando com isso, não tenho essas pretensões, tenho as pretensões de cada vez mais ajudar os outros, cada vez mais poder fazer mais. Claro que quanto mais reconhecido a gente é, mais acesso você tem às políticas de saúde; quanto mais acesso você tem às políticas de saúde, mais coisas você pode angariar para você, desde que você tenha prestígio para isso, político, entendeu? Eu acho que isso é trabalho, isso me vem dando prestígio político tanto é que tenho aí conseguido coisas, bastante coisas, entendeu? Eu com bastante coisa aqui, com bastante recurso, muitos recursos aqui, não tem muito recurso não, mas diretamente eu tenho, eu posso fazer. **Como são suas condições de trabalho?** Não é as condições ideais de trabalho, mas não reclamo, já ganhei uma unidade nova para o ano que vem, entendeu? Mas trabalhei 25 anos no batente, as condições de trabalho ruins, agora que estou montando equipamento. Outra, uma passagem de avião para Brasília, está aumentando as coisas, as condições de trabalho estão melhorando, e está melhorando porquê? Porque nós nos empenhamos. Quanto mais você empenha, mais bom resultado você tem, quanto mais resultado bom você tem, mais prestígio você tem; quanto mais prestígio você tem, mais política pública você tem. **E isso é importante?** É importante. Para mim é muito importante sabe, a parte social da coisa, o perigo social do alcoolismo, o perigo social da droga, o perigo social das doenças que vai destruindo, a desnutrição. Eu me preocupo muito com a parte social da medicina. Não tanto com o conhecimento, conhecimento eu tenho. Conhecimento suficiente eu tenho, eu me preocupo com a parte social, a parte econômica não é? E isso, eu acho que o médico deve ser assim, deve ter o conhecimento, deve ter, irrestrito, e mente aberta, mas também tem que ter um conhecimento social bastante grande da

onde a gente trabalha e uma visão do que seja a comunidade de onde ele trabalha. Hoje em dia os médicos são diferenciados, vai no centro da cidade, trezentos convênios, médico particular, te trata impessoalmente, trata impessoalmente, se impõe até pela vestimenta, se impõe, bonitinho, eu era assim, você vê que agora não, eu era assim, todo de branco, casaco de couro, sapato na moda, entendeu? São outros valores. **Como é sua vida fora do trabalho?** Eu não saio daqui, os problemas, geralmente, de um modo geral eu fico aqui, não levo para casa os problemas, posso comentar alguma coisa com minha esposa e tal, minha esposa é pedagoga agora em uma escola, vai fazer mestrado no ano que vem, ela não comenta o trabalho dela, então, mas o final de semana nós temos livre, me dedico à minha esposa, minhas filhas vão lá, brinco com minhas netas que eu adoro, agora nós estamos podendo viajar mais, eu não faço obstetrícia (risos), eu posso pegar o carro, descer para a praia, estou construindo uma casa na praia. Agora, o lazer eu não descuido mais, já descuidei na minha vida, não descuido mais, eu não vi minhas filhas crescerem, por causa do trabalho, mas hoje em dia não, eu vou ver minhas netas crescerem (risos). **Agora dá tempo...** Agora dá tempo. Eu estou vivendo uma fase muito feliz na minha vida, acho que é por amadurecimento. Ver a minha esposa me dá satisfação, ver que ela está fazendo o que ela quer. Ela criou, trabalhou, sofreu muito com a outra que morreu, nós dois sofremos, né; eu estou vendo ela terminar um projeto de vida dela desde a época que nós casamos quando a gente tinha 20 anos, ela tinha 18, eu casei porque queria casar, meu sonho com 17 anos era cursar uma faculdade de medicina e casar e ter filho (risos) **Você acha que eu estou brincando?** É verdade, era esse o meu sonho, não é dessa gurizada de hoje em dia aí. Meus sobrinhos não querem estudar, estão fumando maconha, minha cunhada, irmã dela se incomoda com minha esposa, saiu da faculdade (...) o outro não sabe, tem dezoito anos, 'O que você vai fazer (profissão)?' 'Sei lá'. Dezoito anos: 'Sei lá!' 'Não quer ser nada?' 'Não sei o que eu quero ser tio, sei lá' (risos). Entendeu? Eu na idade dele, já estava na faculdade, antes disso eu já pensava: vou entrar na faculdade, vou ser médico, meu pai é médico também, vou ser médico, entrar na faculdade, vou casar e vou

ter filho. Era esse o meu pensamento, e, agora estou vendo muito com o casamento, com o amadurecimento, nós juntos, ela também (...) **E atualmente?** Eu tenho meu consultório, eu estou relutando com meu consultório, pois você fica comprometido com outras coisas fora do teu horário, pois se você não for para o consultório, vai trazer tanto da UNIMED, da Golden Cross, os credenciados, então eu vou ter que atender, entendeu, senão eu perco meu credenciamento, a não ser que eu mude lá meu credenciamento por outro tipo de especialidade, não atrapalha muito, porque senão eu não agüento. Outro me pergunta então porque eu não opero gestante e faço exame ginecológico e faço obstetrícia? Não dá minha filha. Trabalho das oito às cinco e ainda vou operar? Eu já fiz isso na minha vida. Saia do consultório, chegava no hospital e fazia dois perínios, levantava de madrugada e fazia cesárea, então eu operava a semana toda e passava as manhãs de domingo passando visitas no hospital. Depois ia almoçar, depois que almoçava ia no Santo Cristo, São Vicente, São José e no Santa Felicidade aí chegava lá tocava o bip, pegava no telefone e tem alguém aqui, é, eu já vou indo. Não vou fazer isso com a minha vida de novo, nem tenho condições né, então, só se eu voltar para a especialidade de novo. **Alguns médicos dizem que o trabalho no PSF é desgastante, o que você acha?** Se trabalhasse num grupo privado também é desgastante, inclusive exige horário, ponto, é a mesma coisa. O que eles dizem que é desgastante, que não dá para trabalhar, é isso aqui ó (esfrega o dedo indicador e o polegar referindo-se ao dinheiro) eles acham pouco. **Trata-se então da relação entre o trabalho que realizam e o montante que recebem?** Exatamente, tamanho investimento desse... eu concordo, tinha que ganhar um pouquinho mais, mas não é por causa disso que eu vou diminuir a minha qualidade e o meu projeto de vida porque não ganho dois ou três mil a mais, entendeu? Ah, então não ganho dois mil a mais, então não vou fazer, vou fazer sim todo o possível, e é demais, esse é um projeto de vida, é um trabalho meu, não é por causa disso que eu vou ganhar... Três mil, com os descontos, dá dois mil e seiscentos, não é por causa disso que eu vou deixar de trabalhar como quero, trabalhar, entendeu?

Isso que eles colocam. Eles não colocam que trabalham quatro horas na unidade básica e ganham oitocentos e poucos reais por mês. Só oitocentos, médico da prefeitura ganha oitocentos e sessenta por mês, trabalham quatro horas por dia. Então a qualidade, nem olham para o paciente, nem olham. Eu ganhava isso e olhava, e trabalhava e fazia um bom serviço, tanto é que eu passei no concurso como médico. Era... é o meu jeito de ser, entendeu? Não posso... os outros, de um modo geral, eles nem falam isso, mas esse é o meu jeito de ser.

**Então, o que é preciso para ser médico do PSF?** Agora, o ideal, para ser um médico, tem que ser, tem que ter uma generosidade, tem que ter piedade pelos outros, tem que saber lidar com as pessoas, tem que ter uma relação boa com as pessoas, tem que ter acolhimento com as pessoas além de ter conhecimento médico, social, psicológico e antropológico. **Como você vê a preparação do médico hoje (graduação)?** Quando eu entrei na faculdade, entrei no primeiro ano de medicina eu já estava fazendo plantão, é plantão, no plantão né eu aprendi a raspar os pelos pubianos, embaixo dos braços, colocar sonda, serviço de enfermagem, em compensação no quarto ano eu estava operando, depende do investimento que a pessoa faz na faculdade. É verdade, no Evangélico na época em que me formei, tinha um cadáver na mesa para quatro estudantes, só quatro e assim mesmo os caras relutavam em fazer anatomia. Eu mesmo tirava o cadáver nos sábados, colocava lá e ficava estudando, entendeu? Tinha acesso até demais, acesso ao Hospital Evangélico ilimitado né, então aproveitei de tudo, fui na Patologia, estudei, fiz cirurgia, comecei no segundo ano com ginecologia. Freqüentei, serviço de pediatria, de radiologia na faculdade, tudo. Então aproveitei bem o dinheiro que eu pagava, aproveitei porque eu gostava. Hoje em dia o ensino não é tão assim, não tinha também um ensino tão bom, mas não depende tanto assim do professor como estão dizendo por aí, que o ensino é pá, é só eles pegarem livros daquela época, os livros vinham tudo da Alemanha. Eu tinha que pegar o dicionário, não interessava se o livro era em alemão, grego, eu estudava. 'Ah não, isso é alemão, não vai dar para estudar' entendeu? É o aluno, depende do aluno, depende da formação da pessoa que quer ser médico. Hoje em dia, pensam em ser

médico porque dá dinheiro, se ele fizer, se ele tiver dinheiro, ele faz mais dinheiro, entendeu o que eu quero dizer? Se ele não tiver dinheiro ele vai fazer safadagem para poder ter dinheiro. Estão aí, os erros médicos que se vê à vontade. E tem o médico que quer ser médico, entendeu? Não é tanto assim que é ruim. É verdade que tem sido assim defasada, professor de faculdade, um colega meu, ganha trezentos e sessenta e nove reais, entendeu? **E nos dias de hoje?** Isso está sendo estudado, com é que deve ser o perfil do médico, estão estabelecendo um perfil. **Na graduação?** Não, nós estamos estabelecendo para entrar no Programa Saúde da Família, o cara tem que ter o perfil do médico. **Mas como você vê a preparação desses médicos na faculdade?** São mal preparados. **Em que?** Principalmente em Medicina Social, não se fala nisso, se fala em doenças. Não se fala em Medicina Familiar, agora que entrou a cadeira na PUC e na Faculdade Evangélica, entendeu? Por causa da especialização, estão falando um pouco, mas parece que vai ter uma disciplina de Medicina de Família. Eu fui professor na faculdade, assistente de ensino de gineco-obstetrícia e acabei saindo de lá por pressões, por forças ocultas como dizia Jânio Quadros, inveja dos outros, mais poderoso, compreende? Acabei saindo. Acabei saindo por causa disso, porque eu dava aula de gineco e eles queriam tirar o professor assistente primeiro, eu era o segundo assistente, tirar o primeiro porque ele não dava aula igual a mim, porque eu dava melhor e ele tinha mais poder, entendeu o jogo de poder? Eu dava aula que tinha que dar, não escondia o pulo do gato, ensinava mesmo, eu sabia, ensinava mesmo. Eu gostaria de ser professor da faculdade novamente, desse tipo de cadeira, eu ia dar esse tipo de enfoque social, antropológico, médico, com certeza, porque afinal de contas estão lidando com vidas humanas, não é galinha nem cachorro, são vidas humanas, com responsabilidade, como modificadores de opiniões, como modificadores de estilos de vida das pessoas até, viu? **Há uma imagem idealizada ao entrar no curso de Medicina?** É, às vezes as pessoas se frustram, eu aprendi a lidar com a frustração. Não é que eu tenha a imagem idealizada, pelo conhecimento básico do que seja a coisa, sabe, do que é a Medicina Social, do que é você olhar para a doença do ponto de

vista social, econômico, entendeu? Tinha três alunos aqui agora que viram outra realidade fazendo estágio, o 6º ano. Já viram outras coisas, se apavoram, se forem na beira do rio, estudante de medicina fica apavorado, tem menina que até chorou. Não adianta, é a realidade. Um estudante qualquer que entra na faculdade de Medicina, no primeiro, segundo período, ficam só ensinando: você é cardiologista, você vai ser obstetra. Porque? Na mídia, a imagem é cardiologista. Nem cardiologista, eles dizem: cirurgião-cardiologista ou vai ser obstetra. Dá dinheiro, e sempre vai nascer gente e vai sempre ter gente enfartando. Mas é isso, compreendeu? Eu com dezessete anos, entrei na faculdade e não tinha esse tipo de interesse. Eu gostava do processo de vida, de ver nascer, até chorava quando via nascer uma criança, eu gostava compreendeu? **(Neste momento o entrevistado atende o telefone celular)** **Você tem alguma coisa mais a acrescentar sobre o Programa Saúde da Família?** O Programa é esse, de uma medicina centrada no paciente e de uma medicina centrada na comunidade e para a comunidade, esse é o Programa Saúde da Família, em resumo. Não é centrado na doença, aquele tuberculoso, aquele canceroso, não, é o Sr. José que tem câncer, o Sr. Antônio que tem tuberculose, entendeu? E a família dele. **Para você, o que é uma pessoa sã, e o que é uma pessoa doente?** Esse conceito é muito relativo, vou definir o que é sanidade, é a pessoa que tem o seu trabalho né, boas condições de sobrevivência, que come relativamente bem, tem lazer, aquela definição de sanidade normal. Eu acho que o que pode ser errado para nós, é certo para eles, então às vezes você não pode interferir, entendeu? Determinadas condutas da família, se a gente for modificar esse tipo de conduta, você pode até colocar danos maiores do que a própria intervenção na família. **Você diz hábitos?** Hábitos de família, jeito deles ser, o jeito deles encararem a doença. Você pode cercar, você cerca tal e intervém na hora certa e funciona, mas não modificar. Às vezes a pessoa mora aqui na rocinha dela, mas ela está bem, por isso é relativo o conceito. Ela tá bem. Ela tem boas relações com a mãe dela, com o pai e tal, está acostumada a viver com aqueles cem reais, se não, não vai saber, se perverte, já aconteceu aqui, entendeu? Não sabe o

que fazer com aquilo, então só tem a acrescentar um pouco. Então o conceito do que é uma pessoa sã é muito relativo, depende de como você vê aquela família sob esses pontos de vista que eu te falei.

**Entrevista nº 07****Nome: Jonas****Idade: 42 anos****Estado civil: casado, 4 filhos****Dia: 11/11/99****Duração: 14:30-16:30**

**Fale-me sobre a sua formação.** Me formei em 1983. Minha turma da faculdade é de 1981, parei dois anos, me formei aqui na Federal, que mais? **Você se formou e fez residência?** Não, não fiz nada, pensei em não ser médico, parei dois anos prá não ser mais médico, não tinha mais interesse em ser médico, achei que não era o meu caso em ser médico. É...depois acabei... acabei revendo isso e voltei um ano da faculdade, terminei o curso, nunca tinha reprovado nada, parei por achar que talvez fosse muito mais útil fazendo algumas outras coisas do que sendo médico. Até dizendo bem a verdade, achava que mais... era uma questão ideológica, política-ideológica, achava que mais poderia contribuir prá mudança da sociedade, atuando politicamente na sociedade, então é preciso mudar isso do que ficando como médico prescrevendo medicamento, uma prática que não me convencia, não me motivava, não é? E... daí voltei para... revi isso, pensei... até... com algumas pessoas que eu consegui me aconselhar melhor, percebi até que estava fazendo uma besteira, eu deixar de ser... de ter uma bela profissão e deixar de ter um campo de atuação, inclusive político, oportunidade junto com população nas perspectivas de mudança, por um descontentamento meu da maneira como eu via a prática médica, não é? Eu estava tomando como exemplo aquilo que era o ...que tinha... não precisava ser assim, daquela maneira praticamente. Daí voltei a fazer 6º ano de Medicina, daí pensei aquele 6º ano mesmo, pensei em fazer Psiquiatria, fiz estágio em Psiquiatria, acabei me desmotivando com Psiquiatria, achei que não era aquilo, não é? Fui fazer homeopatia, depois que terminei a faculdade, fiz um ano de homeopatia e saúde pública. Fui trabalhar na saúde pública, já saí da faculdade com a convicção de ser médico da saúde pública; fui trabalhar 4 horas na Prefeitura, 4 horas na Secretaria de Saúde. **Em que ano?** Em 1984. E aí... fui fazer homeopatia. Trabalhei então com saúde pública, tinha uma visão idealizada da saúde pública, aquela idéia de que você... que as coisas vão mal em relação à saúde da população porque precisa ter uma política de saúde pública mais correta e... precisa ter uma... médicos melhor

intencionados, entendeu, muito idealista, quase ingênua na verdade, melhores intencionados... ajudando a fazer essa política que seria... de encontro daquilo que seja de real necessidade da população. Daí você lá dentro percebe que não é assim, o jogo político é muito diferente, a gente se convence que de boas intenções o inferno tá cheio também e... acaba se frustrando, de certa maneira, não é? Fiz homeopatia, foi a melhor coisa que eu fiz, daí eu fiz homeopatia um ano também com essa visão meio idealista, de procurar o melhor lugar como médico. Então se o médico que se apresentava prá gente era o médico insensível ao paciente, centrado na doença e não no paciente, se eu mesmo achava desumana a prática médica, a homeopatia me parecia uma grande saída, a homeopatia tem outro enfoque. Fiz praticamente um ano de homeopatia e foi o tempo suficiente prá mim convencer que não era o problema da homeopatia. Lá na homeopatia tá cheio de gente que tem esse mesmo enfoque da doença, de gente que está lá por motivos econômicos, de mercado, um determinado momento achar uma especialidade que pode ser rentável, o problema não está na proposta terapêutica que você tem, o problema está em como você entende o processo saúde-doença mesmo. Daí voltei a perceber que a alopatia é importante, prá mim é importante, acho pode ser bem feita a alopatia desde que você tenha uma outra postura, que eu não precisava ter como minha postura aquilo que eu mesmo condenava na prática médica alopática de uma maneira geral. Eu poderia ser um médico alopata com outro enfoque nesse processo de saúde-doença, ter o doente como centro da minha atenção, eu poderia. E aí, passei a ... me sentir um pouco melhor... aí me situei melhor nisso e passei a me sentir melhor, comecei a sentir prazer na minha prática médica. Saí do trabalho burocrático na área de saúde pública, fui prá unidade de saúde, sempre me senti muito bem, muito à vontade e... acho que já fazia de certa maneira o que hoje a gente quer dizer como Medicina da Família, naquele tempo acho que já fazia isso, não é? Até o momento que a Prefeitura resolveu lançar esse Programa, junto com o Ministério da Saúde, então deu um pouco mais de forma a essa prática que a gente até intuitivamente, até por motivação assim... pessoal, cada um ia fazendo. Vários médicos na Secretaria de Saúde faziam isso, então quando surgiu a possibilidade de vir para esse projeto de Saúde da Família, aí acho que foi uma coisa que realmente me encontrei, me sinto bem

mesmo, me sinto feliz e satisfeito com essa minha prática médica hoje. Então mais ou menos minha história foi esta, poder... desencontro, acerto, até achar o meu lugar. Acho que achei agora... aqui nesse trabalho me sinto bem. É um pouco também de identificação ideológica, questão ideológica, me identifico com esse tipo de população, eu acho que devo trabalhar para que tenha melhor atendimento possível essa população, sabe? Eu acho... por exemplo, aqui na Vila eu gosto desse pessoal aqui, eu gosto desse pessoal aqui, eu gosto, me dou bem, me sinto bem com eles, quer dizer eu estou num lugar excelente prá mim, está bom isso, me sinto útil como médico, me sinto satisfeito como pessoa, como ser humano, estou me relacionando com gente é... que eu gosto, então estou situado, agora me sinto bem situado.

**Você está há quanto tempo no PSF?**

Estou há quatro anos no PSF. Eu trabalhei um ano na Unidade de Saúde de Pompéia quando começou lá para diante do SEASE (?). Lá também eu achava muito... muito bom trabalhar lá, gostava muito, eu só tinha uma dificuldade muito objetiva, prática lá, que estava tomando muito difícil a minha vida porque eu tinha um problema... com quatro filhos, tinha problema de escola com as crianças, minha mulher também trabalha, não tenho uma disponibilidade financeira assim prá ter dois, três carros em casa, não tinha um carro prá fazer tudo isso e são alguns quilômetros que eu tinha que fazer pela BR. pela manhã cedo, voltar ao meio dia, voltar à tarde, são quatro viagens nessa BR... isso começou a desgastar um pouco, ficou difícil conciliar a ... o trabalho lá era muito bom. Eu gostava muito de lá, mas a minha vida pessoal piorou bastante, não é? Então eu não conseguia sair de lá e quando houve a possibilidade de mudar para uma Unidade de Saúde Básica mais próxima, daí eu vim prá cá, estou há três anos. Daqui não tenho idéia nenhuma de sair daqui. A menos que... alguma contingência aí me leve prá algum tipo de trabalho mas, dentro desta perspectiva aqui, de trabalhar com esse tipo de população, com esse tipo de trabalho, com esta proposta.

**Eu gostaria que você me relatasse como é a sua rotina de trabalho. Como é o seu dia-a-dia aqui na Unidade?**

Pois é, o que a gente... Um dos programas que tem do PSF, a gente tinha isso um pouco, no Pompéia, nem tanto, aqui a gente não tem esse problema. Em outras unidades eu sei que os colegas passam por esse problema. O problema

é que você tem um limite para o teu trabalho, não adianta sabe, se você se propõe a fazer um trabalho, é... você define qual é a característica do seu trabalho, você tem um limite prá isso. E quando você tem uma pressão muito grande pela demanda, prá atender a demanda na unidade de saúde, você começa a se frustrar. Então, por exemplo, a grande vantagem dessa Unidade é que não existe essa frustração assim de você dizer... perceber que você atendeu corrido, que você atendeu não da maneira que você acha correta, porque senão você não daria conta da fila que está lá fora. Você não sai da unidade de saúde com aquela sensação: "puxa, eu atendi bem tantos pacientes mas lá fora ficou uma fila que ficou sem atender", isso desgasta muito a relação do médico com a população, com a equipe, desgasta... é um desgaste pessoal muito grande, então você tentar fazer uma boa prática médica, você ter uma boa relação com o paciente, você ser útil prá esse paciente, você assumir um compromisso com a família desse paciente como a gente faz aqui e... você sentir que não deu conta porque o volume de trabalho foi além de sua capacidade, então isso é desgastante. Eu acho que isso é um problema que a gente ainda vive no PSF em algumas unidades, pelo menos é o que eu sinto conversando com outros colegas, é um fator de desestímulo, é (...) Aqui, a gente não tem isso. A gente conseguiu dividir a Vila, metade das famílias, responsabilidade de um médico, outra metade é de responsabilidade de outro, isso facilita bastante o vínculo, então eu sei o modo de praticamente todas as pessoas que estão aqui na sala de espera, eu sei o nome. É... quando vem a mãe eu já sei quem são os filhos dela, sei o nome dela, isso facilita muito o meu trabalho, facilita o atendimento, aumenta esse vínculo que eu tenho com eles e... isso em algumas unidades da cidade mesmo sendo PSF, os colegas dizem não conseguir por essa demanda muito grande. Mas mesmo nas unidades que tem essa demanda grande é muito melhor trabalhar no PSF do que no outro sistema que a agente tinha antigo, onde você não criava vínculo nenhum com o paciente, você chama o paciente até você ver a queixa que ele tem e ele volta embora. O que aconteceu com ele depois você não sabe mais. Aqui na Unidade de Saúde não vem a ficha do paciente prá mesa do médico, vem o envelope da família, fichas de todas as pessoas da família, se abre esse envelope então ali eu sei o que está acontecendo com as outras pessoas da família, é a mulher que veio consultar porque tem uma

dor no tomazelo, mas eu descobro que o marido que está em casa, faz seis meses que não vem à Unidade de Saúde é um hipertenso. Então essa facilidade de que chamo o marido dela, sabe, que ela saia da consulta, de trazer o marido, isso vai criando um vínculo que quando o marido chega prá essa consulta, quando ele vem convidado pela gente prá comparecer e percebe o interesse da gente, isso... essa relação facilita muito não é? Esse... esse vínculo é decisivo para o sucesso do trabalho da gente. E... a outra questão por exemplo, que diferencia o nosso trabalho, a gente encaminha aqui um paciente prá um especialista, então... a mesma senhora do tomazelo, eu não sei resolver o problema dela do tomazelo, não tem problema nenhum, eu digo isso para ela: "isso eu não consigo resolver, eu não sei achar uma solução prá esse problema do seu tomazelo aqui, vou precisar de ajuda de um ortopedista". Eu encaminho ela para um ortopedista. E é freqüente, praticamente todos acabam voltando dizendo assim: "ó, o ortopedista mandou fazer isso, isso e isso, o que o senhor acha?" Então esse vínculo que vai se estabelecendo é o que mais gratifica no trabalho da gente. O pessoal vem, traz alguns problemas prá gente que às vezes você até se surpreende, você diz: "mas será que é o meu papel falar sobre isso com eles?" Algumas pessoas trazem o problema e você diz assim, não tem nada a ver com o médico, isso é a primeira impressão, logo fica claro que tem a ver com o médico, não é?. Tem a ver com você estabelecer uma relação de confiança e eles estão trazendo problemas que estão preocupando eles em áreas que a princípio você diz que não tem nada a ver com medicina, com saúde. Então...quando você começa a somar essas pequenas coisas, aí você tem essa gratificação assim imediata, você se sente bem, não é? E... você tem uma recompensa que... dificulta muito, por exemplo, eu sinto isso, quer dizer, de qualquer maneira, o atendimento, esse ambulatorial de uma unidade de saúde, que faz atenção primária à saúde na periferia da cidade, isso está mais ou menos `a margem do mundo médico, não é? Quer dizer... qual é a ... qual é a ... qual é o conceito que eu teria, qual é a recompensa que eu teria, qual é a consideração que mereceria ao chegar em qualquer reunião da Associação Médica e resolver contar lá no meio de especialistas de tantas áreas, a minha experiência no postinho de saúde não é? Então não há valorização nenhuma nesse tipo de trabalho assim como regra geral entre os médicos, não existe isso, a

gente está mais ou menos à margem, na prática médica especializada, com subespecialidades, com a tecnologia cada vez mais presente, o que tem valor é o que é reconhecido, aquilo que de maneira mais incisiva assim, resolve o problema, opera, conserta, arruma e que o doente entra de um jeito e sai consertado na outra porta de outro jeito, isso a gente compreende, é assim mesmo não é? E isso acaba tendo valor, tendo importância, você percebe que os colegas, os meus colegas que atuam aqui seguiram por esse caminho, tem essa gratificação pessoal, por este aspecto e a gente praticamente não dá prá contar com isso na nossa prática porque que a gente escolheu um outro caminho. Do ponto de vista financeiro (risos), aí a diferença é maior ainda, quer dizer, o que a gente leva prá ganhar um mês de salário, os coletas ganham em um dia, não é? Então você tem isso também, o que sobra prá gente de gratificação pessoal assim, como recompensa? Eu acho que nesse caminho que a gente escolheu, sobra isso mesmo, sobre esse vínculo que a gente forma com a população e essa sensação de ser útil naquelas coisas que alguns nem perceberam que tinha importância. Vou te dar um exemplo: doente voltando de uma cirurgia cardíaca ou encaminhado para o cardiologista, fez uma cirurgia cardíaca complexa num hospital de grande capacitação técnica e com grandes recursos tecnológicos, paciente que você pode dizer: lá dentro daquele hospital, você tirando todos os outros componentes aí desse problema, só preocupando... isolando aquele doente naquele hospital nas mãos daquele cirurgião, daqueles equipamentos, você tinha ali o retrato de qualquer país de primeiro mundo, aquela cena ali congelada ali você poderia aplicar isso em qualquer país de primeiro mundo. Aí esse doente volta prá casa, volta prá casa operado pelo cirurgião mais famoso da cidade, com toda tecnologia necessária, ele volta para casa e a gente que acaba recebendo onde entra pela porta aqui do consultório a auxiliar de enfermagem e diz assim prá mim: "tem um paciente que está morrendo em casa"; "mas quem tá morrendo em casa?"; "o seu Geraldo, voltou do hospital e tá muito mal". Eu vou lá ver o seu Geraldo. O seu Geraldo tá numa cama atrás... num barraco, ele mora nessa região pobre, a parte da frente tem um bar onde ele está deitado numa cama, atrás desse bar, na peça de trás, ele não pode mais cuidar do bar, é um homem aposentado, viúvo, tinha os filhos que eles se envolveram com o

uso de droga, já estavam afastados dele, quando ele ficou doente, o bar, tiveram eles que cuidar do bar, trouxeram os amigos, tomaram conta do bar dele, ele lá atrás deitado sentindo que o bar estava indo de mal a pior e ele com uma dose muito grande de medicamento, que foi hipotensor no caso, estava tomando uma dose de hipotensor que estava deixando ele sem levantar, ele levantava e sentia tontura e voltava a deitar, teve um quadro depressivo, certo que ia morrer, não se alimentou mais, passou um dia sem tomar líquido, não querendo nem tomar água e essa era a situação dele. O mesmo homem que quinze dias antes teve junto de todo recurso disponível, em qualquer país do mundo seria recurso de ponta, quinze dias depois estava morrendo da maneira mais... mais desumana possível, estava assim à míngua com um quadro depressivo por não ter alguém que cuidasse... Então quando você vai lá e resgata esse paciente, você consegue fazer com que ele saia daquela situação, você sente a mesma... eu me senti tão importante como o colega que operou ele, não é? Então você tendo estas pequenas recompensas vai ficando feliz e satisfeito. Não vou poder nunca contar essa... essa minha atuação ali no pós-operatório que isso não vai ter importância nenhuma (risos), que para mim lá tinha, não é? Eu achei que foi tão importante quanto ele que operou. Então a gente buscando essas coisas, vai sentindo feliz e satisfeito com o trabalho.

**Ampliando essa questão: o que é prá você o PSF e o que é ser médico do PSF?**

É, pois eu acho que é mais ou menos isso mesmo. Acho que o PSF é essa possibilidade que a gente tá tendo de definir... definir um vínculo com a população, com um grupo de pessoas com os quais você assume a responsabilidade de fazer esse atendimento; você poder dedicar a essas pessoas, uma atenção integral à saúde deles, entender que eles são seres humanos, que é mais do que uma soma de vários órgãos, saber que esse ser humano faz parte de uma família, de uma comunidade, ter a possibilidade de conhecer essa comunidade, saber de onde eles vieram, qual é a história dessa comunidade, quais são as suas... as suas... é... a sua cultura, as suas crenças, as suas... a sua maneira de ver o processo de saúde-doença, as suas condições socio-econômicas, você conseguir entender como se organizam essas famílias, você poder ajudar a família como um todo e você dar essa atenção prá... aquela pessoa que te procura naquele momento dessa maneira global. Isso aí

que é gratificante, muito gratificante. Por que a gente não conseguia fazer isso antes, eu não conseguia fazer antes. É, eu acho que não conseguia porque não existia... eu sempre tive esse tipo de visão, quer dizer... de a bastante tempo ter esse tipo de visão. Eu já te contei que me desencontrei um pouco na questão da medicina foi porque eu tinha esse tipo de visão até meio intuitiva e não encontrava isso dentro da prática médica mais generalizada. Então quando eu comecei a trabalhar, por exemplo, eu como médico... trabalhei como médico, por exemplo, do... de algumas outras unidades de saúde aqui da cidade, não convém citar quantas, trabalhei em unidades de saúde. Tentei fazer esse tipo de prática, tentei, mas confesso, me senti como um verdadeiro burro de carga, desestimulado. Por que? Porque se eu, até desse atenção para o paciente como eu tentava fazer, se eu escutasse o paciente, não estou lhe dizendo que era um bom médico... os outros médicos que trabalhavam na Unidade, eram melhores médicos do que eu, com certeza do ponto de vista técnico, científico, com certeza mais capacitados. Eu levaria meu filho prá consultar com o colega do consultório ao lado porque eu sabia que ele tinha muito maior embasamento teórico, científico, da prática médica, do que eu mesmo. Não é esse aspecto que eu estou dizendo. Eu até reconheço que eu tinha uma prática médica pior que eles, do ponto de vista científico. Mas... eu fazia isso, dava atenção para o paciente. E isso até fazia com que os pacientes até confundissem, achassem que eu era melhor médico que o colega, sabe? Dentro dessa prática meio desumanizada que ocorre hoje, não estou nem dizendo que é culpa dos colegas, não estou dizendo que o colega do consultório do lado, fosse culpa dele.

Mas onde tem salário aviltante, onde a pessoa trabalha em dez lugares é até pedir demais que ele chegue na unidade de saúde com muita disposição, com muito entusiasmo. Então quando você entra na unidade de saúde, você dá bom dia para o paciente, o paciente acaba achando que, por esse motivo você é melhor médico do que o colega ali do lado, quando na verdade você talvez estivesse um pouco mais bem humorado do que o outro ou talvez até você como pessoa fosse um pouquinho mais fácil de relacionamento do que o outro, mas eles confundem, eles começam a achar que você é um médico melhor. E daí o que acontece? Daí eu chego aqui... chegava, isto eu estou falando de outra unidade, chegava às duas horas da tarde, tinha uma fila na minha porta, eu me

matava de trabalhar até 6 horas da tarde, às vezes às 6 horas da tarde, chegava ainda a auxiliar de enfermagem e dizia assim: "doutor, mas tem uma pessoa que tá muito ansiosa que tá com tal problema, não dá prá... mais essa?" E o meu colega do lado tinha ido embora às quatro da tarde...tinha atendido um monte, ido embora, atendeu rápido, foi embora... No outro dia cedo, na hora de marcar as consultas na fila, de novo prá mim a fila lotava e daí o colega, não... Então você ficava ali todo o dia, gente diferente, gente nova, você acabava tendo que recomençar o contato a cada momento, então isso era uma situação difícil, esse tipo de trabalho no ambulatório, você trabalhar assim é difícil. Quando a gente chegou agora no PSF, que daí você define qual é a tua clientela, você se dedica por aquela clientela, aí você... você conserta essa situação. Eu não me sinto de maneira nenhuma aqui nessa Unidade de Saúde, não me sinto de maneira nenhuma burro de carga, não é? Eu estou fazendo o melhor que eu posso por esse grupo de pessoas, o outro médico faz o melhor que pode pelas pessoas que ele tá atendendo... se eu tiver saindo na porta, uma pessoa me procura agora, é uma pessoa do meu convívio, tá vindo e eu resolvo prá ela agora, eu sei que resolvi agora, fiquei meia hora mais aqui, ela não vai precisar me procurar à tarde, não vai me procurar amanhã, quer dizer, eu sei que estou fazendo um trabalho que... trabalho um pouquinho mais agora, amanhã posso até trabalhar um pouquinho menos, o resultado vai acabar aparecendo com maior significado tanto mais eu me dedique, então aqui agora ...eu estou...eu acho o que muda nessa proposta do PSF do que aquelas outras unidades no modelo antigo, que chegava, marcava consulta, quem procurasse a gente atendia, a demanda era espontânea, acho que o que muda nesta situação é isso, sabe?

**(A entrevista é interrompida, alguém pede uma informação. Nesse momento o médico esclarece o tipo de vínculo que tem nessa unidade). Tem um pessoal residente aqui agora, sabe? Aqui eu já não tenho mais a situação da outra unidade. Aqui eu não tenho mais esse vínculo com o PSF. Porque eu não tenho paciente, a gente fica acompanhando os colegas atendendo (...)** **A residência deles é aqui no PSF? Exato, a residência eles fazem aqui. Você veio de lá por isso? Por causa disso, senão não vinha (risos), só foi por isso. Se eu não viesse, também seria meio desonestidade, porque você vai se envolvendo e**

chega na hora de ajudar, você diz que não vai? E depois, você volta para lá? Não, ficou assim. Aqui, na verdade tinha o J. que está lá na unidade agora. O J. estava entusiasmado, de certa forma, foi por conta própria para o Canadá, foi a PUC que organizou o médico da família, o J. veio prá cá, para ajudar na coordenação aqui a nível do ambulatório, da Unidade de Saúde. Mas aí teve um problema administrativo, interno, não tem nada a ver com o Saúde da Família, é uma questão administrativa, o J. saiu daqui, daí ele foi então para... quer dizer, ele saiu daqui e procuraram outro médico que viesse no lugar dele. E aí que foi feito quase um desafio de ter que vir aqui e dar conta do recado, não sei se eu vou dar conta, eu vou me esforçar. E daí como... como tinha essa característica de trabalho, então... acho que era o caso de eu vir mesmo. Aí saí de lá e o J. foi paro o meu lugar lá, mas eu estou com a cabeça lá na outra unidade. **(risos)**

**Você tem outra atividade fora do Programa? Não. Eu estou com vínculo de trabalho com o Estado, mas aí faço plantão no Hospital do Portão, só vou lá, faço plantão uma vez por semana, mas o vínculo meu mesmo, a minha atividade que eu tenho é essa aqui agora.** **Você me descreveu a sua rotina de trabalho, falou sobre o que é para você o PSF. E o que você mais gosta de fazer no seu trabalho e o que menos gosta?**

Dentro do Programa? É o que mais me satisfaz, é isso mesmo, sabe, essa proximidade com o paciente, sabe? Eu acho que junta... junta tudo, sabe? Na verdade, eu gosto de ... **(a entrevista é mais uma vez interrompida por um membro da equipe que traz a situação de uma paciente que quer ver o médico. O entrevistado explica que precisa vê-la, sai da sala, vai atender a paciente. Depois volta e retoma a questão sobre o que mais gosta).** Pois é, eu acho... eu gosto assim, eu me sinto... se eu não... se eu não tiver... por exemplo na minha hora..., no meu tempo de lazer, se eu pudesse dizer assim qual é o meu hobby, o hobby prá mim é conversar com as pessoas, conhecer as pessoas, às vezes me satisfaço com pessoas mesmo. Se eu puder juntar isso com a minha prática médica, puxa, fica muito bom. Então uma das coisas que mais me gratifica aqui é isso, sabe, você ter esse contato próximo com as pessoas, conhecer as pessoas, esta relação que se estabelece aqui, me gratifica muito, me gratifica muito. O que menos gosta? Não sei se poderia dizer assim uma situação que menos gosta. Eu acho que tem

vários pontos do trabalho da gente que... que constrange a gente, cria dificuldade, quer dizer, você trabalhar como funcionário público não é fácil, a instituição é... por melhor que seja a instituição... mas, essa relação empregado-patrão é uma coisa ruim... quando essa relação se estabelece no serviço público daí é um... é pior ainda, porque às vezes a gente acaba passando essa situação, não sei se por culpa da gente ou da instituição também, às vezes você fica naquela situação assim... de você ser só empregado. Isso é uma coisa ruim, chato. Confesso que pode ser por culpa minha também, talvez se eu procurasse me inteirar mais com a instituição, sentir mais parte, integrante dessa grande instituição (**o seu gesto e a sua voz expressam ironia**) Secretaria de Saúde de Curitiba, talvez não tivesse tanta (?) às vezes a gente tem, sabe? A gente tem às vezes a sensação de que a Instituição pensa de um jeito e a gente caminha de outro, não é? Eu estou falando isso até como uma autocrítica, assim, eu já trabalhei na administração, trabalhei em cargo de chefia. Hoje até teria dificuldade em voltar para uma função dessa. Até por perceber quanto é difícil às vezes você ser um funcionário da instituição, a gente lá em cima não vê isso, sabe? Quando você vem para cá é outro lado, muda completamente, sabe? E aí você vê que muitas vezes a relação é uma relação... por mais que as pessoas que estejam nesse cargo sejam nossas amigas, prá você ver, o meu chefe, a minha chefe é a minha amiga, mas a relação que se estabelece é de maneira meio autoritária, de cima prá baixo, uma relação um pouco mais difícil. Mas às vezes você se sente não tão entrosado, integrado, não tão participante. É... você vê que às vezes predominam algumas questões de política geral de um prefeito, de outro prefeito, isso seria de cima embaixo na instituição. E às vezes não é exatamente isso que mais te motiva, te entusiasma. Então, essas coisas assim é que desgasta um pouco, isso não é muito bom trabalhar. Mas isso não é porque é o PSF. Isso é como funcionário público, como funcionário público. A remuneração da gente não é a melhor, mas se não for assim muito ambicioso, tá bom, do jeito que tá, tá bom. As condições de trabalho, o local de trabalho... se você for ver por exemplo, qualquer posto de serviço do Banestado, não é como essa Unidade de Saúde aqui, não é? Isso desagrada? Desagrada, você ir num banheiro e não é um banheiro que tenha assim... não estou falando assim... não estou falando de luxo, um mínimo de conforto, de ser

uma coisa asseada, decente. Você ter uma janela que você possa abrir, ventilar direito o lugar do teu trabalho, essas pequenas coisas que às vezes desagrada, mas não é por ser PSF. É por ser um serviço público, serviço público de saúde. Sabe, a gente não é tão valorizado assim. Também nem poderia ser diferente, não é? A saúde em lugar nenhum é tão valorizada e não ia agora, num passe de mágica que o PSF vai melhorar muito. Nesse aspecto eu acho que não.

#### **Ampliando a questão sobre as suas dificuldades aqui...**

As dificuldades são estas, mas eu não identifico isso como dificuldade do PSF. Uma dificuldade do PSF que a gente tem em algumas unidades, mas aqui a gente não tem, é uma dificuldade é aquela onde você tem o PSF, tem o Programa de Saúde da Família mas numa área muito grande e que você acaba não dando conta. Então isso é uma dificuldade, sabe o médico acaba... é uma queixa que alguns colegas tem de ficar meio sufocado pela pressão, volume de trabalho, trabalho, trabalho. Então acaba se frustrando por causa disso, mas nós aqui não temos. E nem o PSF precisa ser assim. O PSF pode ser com um vínculo um pouco mais definido com a população. Bom, daí as outras questões, é claro, é inerente de você ser funcionário público. O salário, você tem sempre alguma coisa a reclamar, as condições de trabalho sempre é uma coisa a reclamar, mas essas coisas... a gente não leva tão em conta, senão a gente nem estaria nisso não é?

#### **E frente a essas dificuldades, qual o sentimento que surge? E como é que você lida com isso?**

(**Silêncio**). Eu não tenho tido muitas dificuldades, na verdade, não tenho tido muitas dificuldades assim nesses últimos tempos, sabe, que tenha me causado assim grandes angústias, não tenho tido. Eu estou contando isso assim como... dificuldade de menor importância mesmo, sabe? São pequenas coisas, às vezes você fica um pouquinho mais aborrecido, chateado, mas são coisas pequenas mesmo, não... não é coisa que dê prá você dizer assim: "puxa, isso me inviabiliza a minha permanência aqui, isso é um peso..." não, acho que não. Nesse momento, não considero assim. Até a questão do salário, prá falar, o PSF até tem uma melhoria de salário, tem isso. Se você me perguntasse quando eu estava na unidade de saúde recebendo lá R\$800,00 por 4 horas de serviço, que é o salário, isso era um motivo de descontentamento muito grande para mim,

inclusive isso aí cria dificuldade de sobrevivência, então você diz assim: continuo trabalhando 4 horas por dia com esse salário, é complicado, é complicado. A gente não acaba saindo, eu acho que não saio mais, mas inclusive é frustrante para gente ver os colegas mais novos que entram, trabalham pouco tempo aí e vão embora porque não agüentam ficar, com essa coisa. Agora, no PSF até melhorou um pouco o salário, então isso também já... facilita para gente, já não tem assim grandes reclamações a fazer por causa do salário. É... não é um salário que você diga assim: "puxa que salário", que alguém fala ficar rico fazendo isso, mas também a gente não tem essa pretensão... se tivesse essa pretensão estava fazendo outra coisa na vida, não é? Pretensão de ficar rico, então como não é isso, dá prá se viver bem tranqüilo com esse salário que a gente tem aí, dá. Se melhorasse um pouquinho, tudo bem, mas também não é assim uma coisa que diga: "vou abandonar, vou me desesperar porque o salário é esse", não, dá prá levar, tranqüilo. Outra coisa, o fato de tá trabalhando 8 horas no mesmo lugar, também facilita muito, do que a gente trabalhando assim 4 horas num lugar, 4 horas no outro, 4... eu já fiz isso, trabalhar em 5 lugares diferentes em Curitiba no mesmo dia. Tinha 5 empregos diferentes, um de quatro horas, um com de 2 horas, outro com 2 horas, mais o plantão que fazia à noite, uma loucura, você se desgasta muito. Então isso é outra vantagem do PSF, você trabalhar num lugar só. Talvez assim, vantagem assim, o fato que agora trabalho num lugar só, tenho uma identificação melhor com a população, faço aqui... Fui me apresentar no serviço e foi me dito assim: "faça um serviço com essa população aqui, foi mais ou menos delimitado aquilo que é minha função, a minha tarefa, não é? E com isso eu me dedico, me dedico até com mais satisfação. Sair um pouco daquela função assim de burro de carga que eu me sentia em outro lugar e vivia aquela contradição: se eu trabalhar bem, vou ter mais trabalho ainda e isso vira uma bola de neve e não resolve, não é? Se começar a trabalhar mal, você tem uma frustração pessoal em decorrência, então aqui resolveu isso, melhorou a questão do salário, melhorou a questão do local de trabalho no sentido de não ficar correndo prá todo lugar, ficar num lugar só, então essas coisas são boas. As outras dificuldades, essa relação empregado-patrão, funcionário-instituição, essa profissão de trabalho assim do local, isso influi um pouco, não é? É o que eu estava dizendo, você ter um

local mais arejado. Você diz assim, "puxa o sol que me bate nas costas aqui me faz suar bicas", já me peguei suando assim, de molhar a roupa dentro do consultório, quer dizer (risos), então se eu contar prá alguém que médico sua assim trabalhando, vão dizer: "Ah, isso não...", não convence ninguém, não convenço nem o funcionário do posto de serviço do Banestado que alguém sua trabalhando assim, num serviço como esse, porque lá colocam... (risos) não diria ar condicionado, melhora a janela já estaria bom, não é? Então essas coisas, são coisa pequena que acabam... mas é coisa pequena mesmo, não é o fim do mundo, não. Tem coisa que a gente já se conformou. Trabalhar na saúde a gente já se conformou que é assim mesmo.

**E com a equipe, como você vê a relação entre os membros da equipe?**

Pois é, no caso da equipe, no PSF melhorou também bastante este aspecto, pelo menos nessas primeiras unidades de saúde a equipe foi selecionada mais ou menos dentro de... de uma característica das pessoas que se adequassem a essa proposta do PSF, não é. As pessoas tem mais ou menos o mesmo perfil, mais ou menos uma mesma maneira de ver o trabalho na área de saúde, mais ou menos o mesmo comprometimento com a população, então isso facilitou bem, no PSF a gente tem essa vantagem. Então a equipe é mais ou menos homogênea dentro de uma mesma perspectiva: trabalhar pela população, fazer um bom trabalho, então você não vê o pessoal também com má vontade, o pessoal... eles também tiveram uma melhora de salário, um auxiliar de enfermagem no PSF tem um salário melhor do que nas outras unidades, isso também facilita o trabalho da gente. Você trabalhar com um auxiliar de enfermagem motivado ou não motivado, a diferença é significativa. Aqui a gente tem todo mundo motivado, isso é bom.

**Com relação à sua carreira profissional, quais são as suas perspectivas para o futuro?**

Bem, como perspectiva de médico da Saúde da Família, daí é uma coisa que eu não parei muito prá pensar, até me preocupa um pouco pensar nisso. Eu estou vivendo mais ou menos esse momento, estou contente nessa fase, nesse momento. Estou pensando que seu eu... eu estou trabalhando há quinze anos na Prefeitura, se eu trabalhar mais quinze desse jeito aqui, está bom, estou contente. Sabe, se eu penso assim, dá prá eu ficar quinze anos trabalhando

assim, acho que dá, tranquilo. Não tenho nenhuma outra pretensão, eu acho que dá para mim dizer no final desses quinze pra frente agora que eu trabalhei como médico mesmo, me senti médico útil, é... tive satisfação no trabalho que fiz, eu acho que está bom. Estou tendo uma motivação a mais pra estudar inclusive, nesse trabalho novo. Então eu acho que tá bom. Agora... agora também posso dizer o seguinte, já... eu acho que é até um pouco da minha vida particular daí... Eu acho que mais ou menos organizei minha vida, já não vivo assim grandes ansiedades com a minha vida particular, isso também (?) a vida profissional não é? Quer dizer, já houve tempo em que eu corria doze horas por dia, eu tinha que ter uma casa pra morar, tinha... que pagar uma casa, não tinha outro jeito. É... quase me matava de trabalhar porque a gente daí ganhando pouco... uma quantidade de trabalho... isso é ruim, cansativo, desgastante, mas era uma etapa que eu tinha que cumprir. Acho... tenho a casa pra morar, tem uma reservazinha, os filhos estão estudando, então já sei mais ou menos o que dá pra esperar da vida nessa parte... nesse aspecto assim pessoal, familiar. Então também me deixa mais tranquilo. Então estou sem grandes ansiedades assim para o futuro... pensando que dá pra mim... poderia ser até o que? Um pouco de acomodação da gente, mas mais ou menos me acomodei nisso. Mas, acho que até é bom acomodar numa proposta que seja... seja legal, não é? Quer dizer, não foi bom eu ter muita ansiedade em tempos atrás, não foi bom eu ter ficado me batendo procurando um caminho, um lugar, ficar angustiado, tentando uma coisa, outra, isso não é bom, não é? Eu acho que foi necessário. Foi bom assim porque foi necessário. Hoje estou bem, estou tranquilo. Se você me perguntar o que eu vou fazer daqui a dois anos, para mim tá bom se tiver assim do jeito que tá, é um pouco de acomodação, mas é uma acomodação saudável. Acomodação... é quase pra você poder... ter uma qualidade de vida, não é? Essa minha vida pessoal melhorou bastante nesses últimos tempos nesse aspecto, organizei melhor a minha vida.

**E como é fora do trabalho, com você organiza lazer, tempo com a família?**

Pois é (silêncio), eu até... eu estou falando que estou trabalhando 8 horas por dia (risos) como se fosse uma coisa de muito tempo, mas também não é tanto tempo assim. Faz pouco tempo que eu andava correndo bastante, mesmo depois do PSF. Então agora há uns 6 meses atrás, por exemplo, 6 meses atrás eu fui

lá no IPBC que é o Instituto de Previdência de Curitiba do Servidor, e... eu tinha um contrato de trabalho lá. Eu saí às 5 horas da tarde da Unidade de Saúde e eu ia lá e atendia até as 8 da noite, das cinco às oito da noite atendia no IPBC. É... eu fui lá, falei com o Dr. S que é o diretor: "estou saindo, pedi a minha demissão daqui, vou parar de trabalhar aqui" E ele falou: "então o que você vai fazer nesse horário?" Eu disse: "nada, eu vou pra casa, já trabalhei 8 horas por dia". E ele mesmo se deu conta, que é isso mesmo, estava trabalhando 8 horas por dia, porque teria que trabalhar mais três horas, não é? É claro, melhora um pouco o teu rendimento, mas há um prejuízo muito grande da qualidade da vida da gente que não compensa essa... pequena recompensa salarial. Então há 6 meses há trás eu pedi demissão, no mesmo dia, lá do PBC e de um outro hospital que fazia plantão, não esse do Portão, mas de um outro hospital que fazia, fazia plantão toda 6<sup>a</sup> feira, agora não tenho mais, arrume outro no meu lugar que eu estou saindo. E pra fazer o que? Pra ficar em casa, pra sentar, esticar as pernas, ler um livro, conversar com os filhos. É interessante porque o primeiro dia que cheguei em casa depois que eu saí, chega o filho mais novo e diz: "mas o que foi que aconteceu, está dia claro ainda e você já está em casa?" (risos) Ele achou que tinha acontecido um problema comigo Então... nesse aspecto agora... até está melhor do que 6 meses atrás por causa disso. Chego em casa mais cedo, tenho tempo pra ficar mais com os filhos... Lazer é passear, ler... é... ir no cinema, esse tipo de lazer. Eu tenho uma vida mais ou menos modesta assim, sem grandes... meus filhos também são compreensíveis nessa parte, não têm grandes gastos, não têm grandes dificuldades, não tem muita cobrança deles em relação a ... essa coisa assim que se podia dizer... de consumo, uma coisa supérflua, não tem muito... então facilita bastante a minha vida, não é? Minha mulher é professora, trabalha meio período, então a gente está assim... do ponto de vista familiar, está tudo bem, está bem organizado.

**Finalizando, qual o conceito que você tem de saúde e o conceito de doença? O que é para você estar são e o que é estar doente?**

Eu acho que o meu conceito de saúde seria (risos), vou pegar aquele conceito da OMS mesmo, é presunçoso aquele conceito? É. É fantasioso ele? É, mas é bom, é bom ter esse tipo de coisa. É, a saúde é isso mesmo, é bem estar físico, mental, social, acho que é isso mesmo, acho que tem que sonhar com isso.

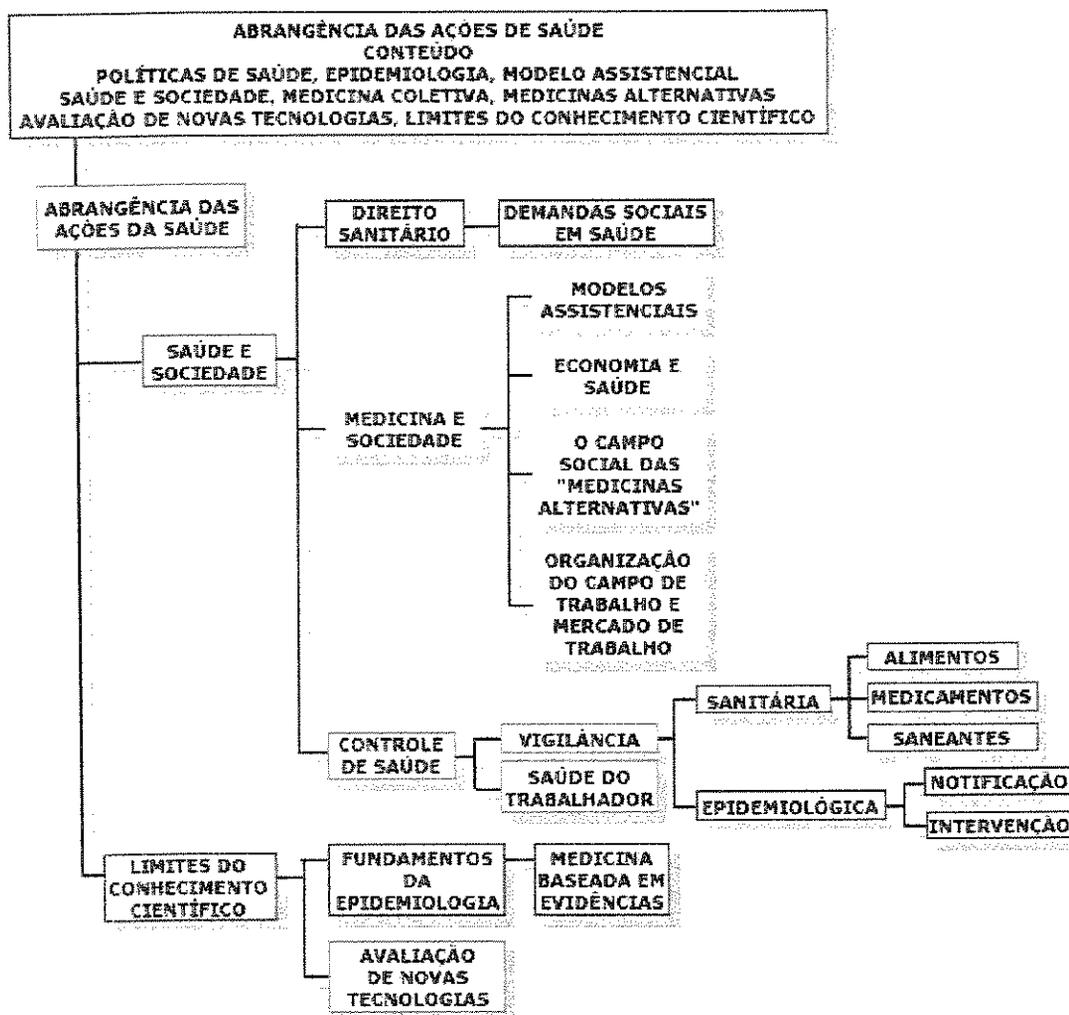
Acho que tem que sonhar com isso. Não vai conseguir totalmente, não vai. Mas vai ter que se conformar com menos, não é? Pelo menos sonhar que um dia as pessoas possam ter dignidade na maneira de morar, de viver, de viver com a família, de transporte, de água, de saneamento, de lazer, não é? As pessoas possam ter acesso à cultura, é isso aí, não é? É isso aí, eu vejo assim, então quando entra um paciente na minha frente, eu tento ver isso, tento ver que é um ser humano que tem todas as necessidades e talvez eu não possa fazer nada por isso, por esse aspecto. Então eu estou atendendo a ansiedade de um paciente que nesse momento me procurou no consultório e essa ansiedade talvez seja estar sentido uma dor eu sei que talvez o lazer fosse importante prá ele, não é? E aí me limita, como médico me limita isso. Mas eu ter esse entendimento do paciente assim, acho que ajuda bastante, que eu possa pelo menos amenizar aquele problema que ele trouxe, não é? E... se eu conseguir pelo menos, tratar esse paciente com dignidade, valorizar ele como ser humano, o pouco que eu posso fazer, acho que já estou contribuindo, contribuindo. Se além disso eu puder ter alguma outra forma de motivação para que esse paciente se organize, lute, tente mudar essa sociedade que ele vive, tal, não é isso o central do meu trabalho, não é exatamente isso, mas se eu puder ajudar nisso também, melhor ainda. Eu teria essa visão bem ampla da saúde e do meu papel como médico. Acho que extrapola, o meu papel como médico extrapola ao ato em si de prescrever um comprimido de AS ou deixar de prescrever. Então eu tenho essa visão e isso me deixa... me deixa numa posição assim mais ou menos tranquilo de ter uma atuação um pouco mais...é... mais ampla assim nesse contato com o paciente, de ter um envolvimento um pouco mais amplo e estabelecer um vínculo um pouco mais fácil com ele e isso me satisfaz, me mostra

que tem sido útil, para aquele paciente tem sido útil.

**Há alguma coisa mais que você gostaria de acrescentar?**

Não, eu acho que não. Não tenho nem noção direito que eu falei ou deixei de falar mas a verdade é que eu falei o que estava sentido, não esquematizei nada aqui na minha cabeça o que deveria falar prá você, então...estou só com essa sensação assim, acho que falei mais ou menos o que eu estou sentindo hoje. Até estou contente de ter falado isso (**risos**) olha mostra mais uma vantagem do PSF, graças ao PSF você veio aqui, me entrevistou, estou até me sentindo mais importante. Na outra unidade de saúde ninguém me... então dentro do reconhecimento isso conta um ponto. Estou contente, fiquei contente de você ter me perguntado isso. Me deu chance de... agora... não esquematizei nada até agora, mas com certeza chegando em casa vou começar a reproduzir essas mesmas perguntas que você me fez na minha cabeça, refletir um pouco sobre o momento que eu estou vivendo aí. Vou passar algumas horas refletindo sobre o que a gente conversou aqui, até para mim poder melhorar de onde eu estou, porque algumas coisas que eu respondi, com certeza também assim como eu disse que antigamente eu idealizava algumas coisas, hoje também estou idealizando algumas coisas, é quase um mecanismo de defesa da gente, a gente tem que sentir que está bem, senão você não aguenta essa barra, não é? Então tem algumas coisas que está bem, está bem, sabe, até vale a pena ser um pouco mais crítico. Eu hoje estou me sentindo bem, tanto que estou te dizendo, estou me sentindo assim mesmo, mas vale a pena dar uma cutucada, apertar, ver se bem é bem mesmo (**risos**) ou se tem uma coisa prá melhorar. Se não estou também me justificando prá diminuir um pouco o fardo da cobrança que a gente tem na própria vida, não é? Então, hoje vou pensar.

**ANEXO 6**  
**ÁRVORE TEMÁTICA DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL**  
**DE LONDRINA**  
**Módulo 7 – 1º ano**



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

#### Quanto à trajetória profissional:

Fale sobre a sua formação.

Por que escolheu ser médico? E por que médico do Programa Saúde da Família?

Quais eram as suas expectativas? Elas se confirmaram?

Como você vê o seu futuro, sua carreira?

#### Quanto a atividade médica:

Fale sobre a sua rotina de trabalho

O que você mais gosta no seu trabalho?

O que você menos gosta no seu trabalho?

#### Quanto à identidade médica:

O que é ser médico do PSF para você?

O que diferencia o médico do PSF dos demais médicos?

Quais as qualidades que você acha que o médico do PSF deve possuir?

#### Quanto ao Programa Saúde da Família:

O que é o PSF para você?

Quais são as suas condições de trabalho?

O que é para você uma pessoa estar doente?

#### Quanto ao relacionamento com a equipe:

Como é o seu relacionamento com os outros profissionais da equipe?

Quais as dificuldades que surgem?

Quais os sentimentos que surgem frente à estas dificuldades? Como você costuma lidar com eles?

**APÊNDICE B**

**TABELA 1**  
**Médicos do Programa de Saúde da Família (Curitiba)**

<b>MÉDICOS</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO</b>
Elizabete	38	Casada	Ginecologia e Saúde da Família
Álvaro	48	Casado	Ginecologia e Obstetrícia
João	35	Separado	Saúde Coletiva
Paula	41	Divorciada	Psiquiatria
Jonas	42	Casado	Homeopatia e Saúde Pública
Márcia	43	Casada	Pediatria
Ivo	46	Casado	Cirurgia Plástica