

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia

MÉDICOS DA FAMÍLIA: quando o diagnóstico são feridas sociais

**JUIZ DE FORA
DEZEMBRO-2009**

OTÁVIO FABRÍCIO LEMOS CORRÊA MAIA

MÉDICOS DA FAMÍLIA: quando o diagnóstico são feridas sociais

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto de Ciências
Humanas da Universidade Federal de
Juiz de Fora como requisito parcial para
obtenção de grau de Bacharel em
Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jurema Brites

JUIZ DE FORA
DEZEMBRO-2009

OTÁVIO FABRÍCIO LEMOS CORRÊA MAIA

MÉDICOS DA FAMÍLIA: quando o diagnóstico são feridas sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jurema Brites

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 16/12/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Jurema Brites (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof^ª. Dr^ª. Beatriz Lisboa Guimarães
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Conceito obtido: _____

Dedico este trabalho para Talles e Heitor.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Octávio Bonet e Maria Beatriz Lisboa Guimarães.

À Secretaria de Saúde de Juiz de Fora – Terezinha Barra e Elizabete Machado.

Aos amigos de graduação Elio, João e Robson; companheiros de ricas discussões.

Agradeço em especial a minha orientadora Jurema Brites – este estudo é parte do seu trabalho.

Aos médicos e acadêmicos de medicina que mesmo em meio à rotina de trabalho das Unidades Básicas de Saúde disponibilizaram-se para a construção deste estudo.

Aos amigos Carlos Misael, Paulo Leite, Antônio Godinho.

Às enfermeiras Claudia Franco e Lúcia Novellino.

E, aos meus pais, à Cíntia, Léo, Fábio, Eduardo e minhas irmãs.

Cada Nuer que encontrava era usado como fonte de conhecimento.

Evans-Pritchard

SUMÁRIO

1					INTRODUÇÃO
7					
2	O	ENCONTRO	COM	UM	TEMA
9					
3.	METODOLOGIA:	OBSERVANDO	O	FAMILIAR	
11					
4	A	AUSCULTA	DA	ESTRATÉGIA	SAÚDE DA FAMÍLIA
15					
4.1		As	visitas		domiciliares
15					
4.2		Condições	de		trabalho
17					
5	MÉDICOS,	ALGUNS CASOS	E SUAS PERCEPÇÕES	SOBRE A	COMUNIDADE
21					
5.1		Carreiras	e	trajetórias	sociais
22					
5.2		Êxito	e	expectativa	profissional
25					
6	UMA	MOSCA	NA	PAREDE	
26					
6.1	O	ritual	da	consulta	
28					
7		FERIDAS			SOCIAIS

30

7.1 Formação do médico

31

7.2 O Diagnóstico

36

7.3 O currículo

37

8 O DIAGNÓSTICO – A GUIA DE CONCLUSÃO

39

REFERÊNCIAS

41

1 INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é mediada por fatores materiais, cognitivos, subjetivos e culturais. Propostas de estudos têm sido feitas enquanto buscas por entendimento desse convívio. Este trabalho surge como uma tentativa de compreender as percepções que médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) – política de saúde operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) – têm ante a organização de vida da comunidade atendida. A construção do diálogo entre esses sujeitos ao ser aprendida permitiu a produção de um aporte teórico capaz de subsidiar a atualização da política de saúde em questão.

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados. Esse desafio assume uma configuração mais nítida e contrastante quando se trata de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social. (MASSÉ apud BASTOS; TRAD, 1998).

Este trabalho foi desenvolvido sob uma perspectiva etnográfica, realizada em duas UBS's do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A experiência como Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresenta-se como um local de escuta privilegiado na relação médico-paciente; fazendo uso desta vivência para pautar nossa compreensão antropológica do fenômeno.

Para alcançar o entendimento da percepção dos profissionais da medicina sob o contexto da ESF investigou-se a relação que é estabelecida entre a formação médica, quando recebem uma epistemologia que organiza o sistema interpretativo de atuação desses profissionais, e o uso que fazem dela em cenários de pobreza. Ao ter que diagnosticar, bem como remediar, feridas que se encontram fora dos corpos; as quais chamamos neste trabalho de **feridas sociais**, médicos enfrentam a necessidade de mediar o confronto que surge entre os ideais de uma profissão e as exigências que a realidade nas comunidades atendidas pela ESF fazem dela.

Este estudo teve como objetivo geral apreender a relação entre médicos da ESF e comunidade, constituindo-se dos seguintes objetivos específicos: compreender o uso das categorias morais no convívio entre esses sujeitos e a relação existente entre classes contrastantes; analisar o diálogo que se faz entre trajetória social e carreira; contribuir para o aperfeiçoamento da política de saúde - ESF.

Optou-se por discorrer o desenvolvimento deste estudo a partir de uma narrativa confessional lançando mão da experiência como Agente Comunitário de Saúde na construção da escolhida forma argumentativa.

2 O ENCONTRO COM UM TEMA

O trabalho realizado há seis anos como Agente Comunitário de Saúde (ACS), no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, nos privilegiou lugar de escuta na relação médico-paciente. É o ACS, quase sempre, quem acompanha os médicos em suas visitas domiciliares, quem leva ao doutor necessidades da população; sendo assim, as expressões corporais, as falas, os gestos de um médico ante o cotidiano da comunidade atendida costumam acontecer sob o olhar do Agente Comunitário de Saúde. Podemos recordar das muitas visitas feitas com os acadêmicos de medicina, em que para vários deles seria o primeiro encontro com a decoração de um barraco, com a intimidade de gente tão humilde; onde pudemos assistir as reações, os comentários e as tentativas de construção de diálogo feitas pelos acadêmicos com a comunidade.

Nos corredores da Unidade Básica de Saúde (UBS), a caminho das visitas domiciliares, ou em conversas descontraídas; as reflexões dos médicos ante a organização de vida da classe popular podem nos incitar enquanto estudante das Ciências Sociais a aprender os mecanismos acionados por esses profissionais de saúde para tecer suas relações com a comunidade.

A antropologia propõe-se desvelar os significados que orientam as ações das pessoas e grupos. Ela volta-se para decifrar as “barreiras invisíveis” que podem ser erguidas no relacionar de sujeitos provenientes de grupos sócio-culturais distintos. E conforme nos fala Geertz (1989), o problema da análise cultural é muito mais uma forma de determinar tanto as independências como as interligações, tanto os fossos como as pontes.

Este trabalho é uma tentativa de compreender como os médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) de duas Unidades Básicas de Saúde investigadas neste estudo, localizadas em regiões periféricas do município de Juiz de Fora, constroem seu diálogo com a comunidade atendida. Estruturou-se a análise sobre este processo ao conhecer a trajetória de vida dos médicos, projetos profissionais, religiosidade, avaliação que fazem da ESF e de maneira decisiva a percepção que têm sobre os usuários.

A promoção à saúde abre um diálogo entre eles, sugerindo para a investigação desta convivência a construção de táticas de negociação, estranhamentos, quando médicos e pacientes podem vir a lidar com o mundo a partir de códigos distintos; reconhecimentos, consensos e dominância no relacionamento desses sujeitos.

Deve-se mencionar aqui, que alcançar estas questões implica em compreender a relação com os médicos, enquanto Agente Comunitário de Saúde, enquanto morador da comunidade. Pensamos que dentre as motivações que propôs este estudo, a de compreender como o cidadão é percebido nos motivou decisivamente. Encontrando em um lugar privilegiado de escuta, apresentou-se assim o desafio de observar o familiar, de apreender uma cena da qual sou ator.

3 METODOLOGIA: OBSERVANDO O FAMILIAR

Para Clifford Geertz “a imposição do significado é o fim principal e a condição básica da existência humana” (1989, p. 200). Este trabalho tem o propósito de analisar a convivência de profissionais de saúde junto às classes populares; especificamente acompanharemos os mecanismos de atuação dos médicos ante a um universo simbólico possivelmente distante do seu próprio – o das classes populares, que gozam de certo grau de independência na criação de seus códigos culturais; estruturando-se seu universo cultural através de suas condições concretas de existência e de suas práticas cotidianas inseridas na sociedade global, mas não totalmente subjugadas ao poder das classes dominantes (BRITES, 2000). Para tanto a noção da construção de visão do mundo e estruturas de relações de dominação na sociedade são fundamentais.

A partir da fala e também da postura, daquilo que não é verbalizado, da forma de organização do trabalho; investigou-se o processo de comunicação estabelecido pelos médicos com a comunidade atendida. Este nos forneceu subsídio para a compreensão da postura médica diante de interpretações distintas a respeito de situações, de maneiras diferentes de enxergar o mundo, sua reação mediante a diversidade cultural. Assim, pode-se refletir sobre como é construído o diálogo do médico com a classe popular, (...) o que pode ser comunicado? Como as experiências podem ser compartilhadas? Como a realidade pode ser negociada e quais são os limites para manipulação de símbolos? Qual o grau de impermeabilidade às mensagens e como se mantêm as subculturas? (VELHO, 2004).

Fazer antropologia em casa, e para ser mais preciso, no local de trabalho; fazer das conversas com amigos a coleta de dados, ouvir piadas e brincadeiras que fazem descortinar, ante o olhar do antropólogo, a compreensão de um fato. Ao decidir sobre a posição na observação da relação médico-paciente, pode-se escolher compreender a percepção dos médicos sobre a comunidade atendida, que veio a nossa pesquisa não como alvo, mas como contexto. Esta decisão ocorre como uma tentativa de buscar um distanciamento quanto aos nativos, do contexto no qual estava envolvido e sentia de certa forma parte. Ao escolher aprender os médicos em relação com os usuários anunciou-se a existência de uma fronteira entre esses sujeitos, anunciando, assim, a decisão de ir para o outro lado.

Tornaria impreciso ao tentar estabelecer um marco para o período da coleta de dados, mas é possível afirmar que desde o primeiro momento como Agente Comunitário de Saúde consegue-se colher informações preciosas quanto aos médicos da família em relação com a

comunidade; a vivência torna-se o principal diário de campo e nela pauta-se a compreensão antropológica. O encontro com as Ciências Sociais deu-se com um pouco mais de dois anos de ACS; leituras feitas no início da graduação não tratavam propriamente do tema, mas sem dúvida atiçavam nosso olhar para aprendê-lo.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) atuando como Agente Comunitário de Saúde (ACS) encontrava-se quatro médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, quatro médicos para serem observados, percebidos, aprendidos. No início o convívio trouxe questões e pré-conceitos em relação aos profissionais de medicina, consequentes a vivência de ACS e morador da comunidade, mas aos poucos tornaram-se informantes privilegiados, amigos e companheiros de trabalho que estavam cientes quanto a pesquisa e deram a ela uma grande contribuição.

No decorrer do estudo o convívio com médicos na UBS foi superior a quatro, pois a rotatividade de profissionais na ESF é considerável. Estima-se um contato com aproximadamente dez destes profissionais naquele local de trabalho. Parafraseando Evans-Pritchard (1978), cada médico (ele refere-se aos Nuer) que encontrava era usado como fonte de conhecimento. Dentre eles um se tornou um verdadeiro companheiro de pesquisa, chegando até nos entregar por escrito suas reflexões quanto à maneira pela qual percebia os usuários; foi ele quem permitiu durante três dias o acompanhamento dos atendimentos em seu consultório, momento em que tivemos acesso a respostas imprescindíveis para a compreensão da relação médico-paciente. São dele estas palavras: “precisamos de um sociólogo para mostrar tudo isto para os dois lados – profissionais e povo”.

Na sequência do relato os leitores poderão perceber a importância destas informações, a quem chamamos de S., para o desenvolvimento do estudo. Devemos dizer que todos os informantes receberam nomes fictícios, com o intuito de resguardar suas identidades. A UBS estudada Agente Comunitário de Saúde demos o nome de “Primavera”, local em que as informações foram quase em sua totalidade obtidas a partir de conversas informais, nossas memórias construídas na vivência como ACS e observação participante – atrelado a estes instrumentos de coleta de dados fizemos uso do diário de campo no qual registramos os dados coletados, funcionando como subsídio para o processo interpretativo. Realizamos entrevistas semi-estruturadas com quatro acadêmicos de medicina e dois médicos. Objetivamos com estas entrevistas obter dados mais pontuais quanto à trajetória de vida, religiosidade e formação acadêmica. Na tentativa de compreensão sobre a relação entre os profissionais de saúde e instituição, realizamos uma entrevista semi-estruturada com a profissional da Secretaria de Saúde responsável pelo envio dos médicos às Unidades Básicas de Saúde.

Compartilhamos com os leitores que em muitos momentos enquanto era feito o acompanhamento dos médicos e acadêmicos em suas visitas domiciliares era possível esquecer o papel de Agente Comunitário de Saúde e tornar um observador em trabalho - de campo.

Como amigo destes médicos e acadêmicos foi possível estar com eles fora do local de trabalho, onde aconteciam conversas mais distraídas, era quando dava para sentir a sensação de ter acesso as mais contundentes informações – aprendendo na informalidade.

(...) esses momentos informais de aproximação são vitais para a própria realização da investigação, uma vez que determinam as bases da relação interpessoal, com a formação de vínculos que ultrapassam o formal, criando-se laços de amizade, simpatia e confiança, pelo mútuo interesse que se estabelece - e há que se dar de fato - pela pessoa que ali está. A transformação do narrador em objeto de pesquisa morto e paralisado retira qualquer possibilidade de serem criadas relações efetivamente capazes de dar conta de um trabalho de investigação dessa espécie. Além disso, essa postura não significa, para qualquer dos dois sujeitos, esforço negativo: ao contrário, expressa a cumplicidade do mútuo empenho para se produzir o relato e para se conservar, no tempo, o depoimento e a história. (SCHRAIBER, 1995, p. 71).

Quanto ao desafio de observar o familiar, Velho (2004, p. 128) nos fala; (...) o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido. E ele continua afirmando:

Posso estar acostumado, como já disse, com uma certa paisagem social onde a disposição dos atores me é familiar; a hierarquia e a distribuição de poder permitem-me fixar, grosso modo, os indivíduos em categorias mais amplas. No entanto, isso não significa que eu compreenda a lógica de suas relações. O meu conhecimento pode estar seriamente comprometido pela rotina, hábitos, estereótipos. Logo, posso ter um mapa, mas não compreendo necessariamente os princípios e mecanismos que o organizam. O processo de descoberta e análise do que é familiar pode, sem dúvida, envolver dificuldades diferentes do que em relação ao que é exótico. Em princípio dispomos de mapas mais complexos e cristalizados para nossa vida cotidiana do que em relação a grupos ou sociedades distantes ou afastados. Isso não significa que, mesmo ao nos defrontarmos, como indivíduos e pesquisadores, com grupos e situações aparentemente mais exóticos ou distantes, não estejamos sempre classificando e rotulando de acordo com princípios básicos através dos quais fomos e somos socializados. É provável que exista maior número de dúvidas e excitações como as de um turista em país desconhecido, mas os mecanismos classificatórios estão sempre operando..

Podemos insistir em dizer que enquanto Agente Comunitário de Saúde, morador da comunidade e, portanto, usuário, estudar os médicos ganhava sentido de estudar o outro. E em uma tentativa seguinte de busca por distanciamento fomos à procura de dados em outra Unidade Básica de Saúde, a qual chamamos de “Verão”. Nesta UBS havia três médicos da Estratégia Saúde da Família, contudo o contato maior acontece com uma médica, dando a ela o nome de A.; podendo acompanhá-la em visitas domiciliares, participando de grupos educativos que ela dirigia, tendo conversas informais, realizando com ela uma entrevista semi-estruturada e por final foi possível participar como observador do cotidiano da UBS Verão por três meses.

Os outros dois profissionais da UBS Verão sugeriram certa indisposição em relação à proposta de estudo apresentada a eles, o que se torna um dado. Nas duas Unidades Básicas de Saúde, onde foi realizada esta pesquisa, os médicos que mais se permitiram fazer ouvidos, disponibilizando-se a realização do estudo, viriam a ser, como pudemos averiguar, médicos com melhor convívio com a comunidade, tendo a inserção na Estratégia Saúde da Família como projeto de vida. Participar, portanto de um estudo que apresentava-lhes a proposta de compreendê-los, os médicos, na construção do diálogo com a comunidade, significava se descobrir em atuação, conhecer erros e acertos, e até mesmo investir nesse projeto de vida – ser um médico da família.

Sobre as dificuldades do trabalho em campo, além do desafio de observar o familiar, deve-se relatar a particularidade de um estudo quando tem-se os médicos como nativos; vejamos:

Os médicos, em geral, não são concebidos e não se autoconcebem exatamente na categoria de homens-comuns, mas como grupo muito especial de sujeitos sociais, cujo trabalho, além disso, funda-se na concepção do segredo profissional. Assim, se por um lado, podem entender as necessidade do relato ou a relevância da pesquisa, por outro, detêm a noção de que seus procedimentos, principalmente os da dimensão técnica, não devem ser do conhecimento público. Estão dispostos, pois, a falar sobre medicina, talvez até sobre a prática dos outros, preferencialmente anônimos... Porém, usualmente, a não ser entre pares (médicos), não falam de si ou de seus cotidianos (SCHRAIBER, 1995, p. 67)

Para realização da análise dos dados foi feita uma releitura do diário de campo e das entrevistas, auxiliada pela literatura das Ciências Sociais sobre Saúde Pública e relações entre o indivíduo e a cultura, permitindo, assim, a criação de categorias de análise para orientar

nossa compreensão sobre a construção do diálogo dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família ante a organização de vida da comunidade atendida.

4 A AUSCULTA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A política pública Estratégia Saúde da Família (ESF) tem a ambição de perceber a saúde por um olhar que alcance a relevância da perspectiva sócio-cultural.

Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (BRASIL, 2009).

O médico atuante na Estratégia Saúde da Família juntamente com sua equipe, que é constituída, além dele, por um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de enfermagem, tem sob sua responsabilidade o acompanhamento de cerca de três mil a quatro mil pessoas. Estas pessoas em busca de atendimento na Unidade Básica de Saúde são orientadas a procurarem pelo *médico da sua área*, devendo ser acompanhadas por ele ante o processo de adoecimento. Cabe ao *médico da área* desenvolver em conjunto com sua equipe trabalhos preventivos, destinados a criarem na população hábitos de vida saudáveis. Sendo assim, ser médico da família implica em um corpo-a-corpo com a comunidade pouco comum em outras instâncias da atuação médica.

4.1 As visitas domiciliares

Dentre algumas das atribuições dos médicos da família está a realização de visitas domiciliares (vds), que geralmente são feitas a pessoas acamadas. Durante as visitas domiciliares o médico é envolvido em seu trajeto pela rotina da comunidade; jovens na rua, mulheres na calçada, muitas crianças, cachorros vagando em busca do que comer, ruas sem asfalto, esgoto a céu aberto e quantos outros detalhes. Nestes momentos são oferecidos os

comentários sobre a percepção deles quanto àquele jeito de vida. Por mais que estivessem ali por um tempo considerável, a distância social e econômica parecia os impedir de se acostumarem com aquela paisagem.

As vds estão dentre as atribuições dos médicos, especificadas por esta política de saúde que parece gerar mais controvérsias entre aqueles destinados a fazê-la. Permitindo colher, a partir dos comentários e discussões – os quais presenciamos durante as vds que foram realizadas – quanto ao ato de fazer visitas aos acamados; informações que colaboram para formulação da compreensão relativa à avaliação que os médicos professam sobre a ESF.

De um lado ouve-se queixas da comunidade pertinentes a não realização das vds, por outro escuta-se falas dos médicos nas quais questionam a necessidade destas visitas para algumas pessoas. Ser acamado deveria ser seguido ao “pé dá letra” para muitos destes profissionais. Um desses médicos recomendava aos seus agentes comunitários de saúde que não avisassem o dia em que ele faria visita, pois queria chegar de surpresa, e assim, podendo não encontrar a pessoa em casa, ou quem sabe a encontrar andando pelo terreiro, argumentaria que aquele usuário não precisava de sua visita em casa. Ouvimos o seguinte comentário de uma enfermeira: “o que os médicos mais odeiam é fazer vds”. Podemos ressaltar que há médicos que demonstram grande afinidade com a realização das visitas domiciliares, fazendo delas inclusive um momento de aprendizado sobre a comunidade e seu modo de vida. Contudo, para um médico, sair do consultório e adentrar-se na comunidade provoca reflexões quanto ao papel do médico da família sugerido pela ESF. Podemos voltar ao ato citado acima, do profissional que tentava surpreender aqueles que pediam vds e supostamente não necessitavam; queria ele com esta atitude além de possivelmente isentar-se da realização da visita, ter uma prova capaz de questionar as demandas postas pelos usuários. A ESF busca, justamente, a criação de um contexto onde o usuário possa ser pensado como sujeito no processo saúde-doença, sendo legítimo a organização de suas demandas por saúde a partir de seu saber. Portanto, durante o questionar da legitimidade das necessidades de saúde dos usuários, este doutor acaba averiguando a eficácia da ESF ao estabelecer o usuário como sujeito.

Quando procuramos diálogos com os informantes quanto à forma pela qual percebem a ESF, muitas de suas críticas parecem recair sobre os usuários, que favorecerem de uma política de saúde extremamente *paternalista*. Este termo *paternalista* é em seguidas falas usado para caracterizar a ESF, que para muitos “até dá médico que visita em casa”. Ouçam o que disse o informante S.: “nós acostumamos este povo muito mal (...) demos a eles muito ‘melzinho na chupeta’, agora fica difícil de tirar”. Com esta fala, referia-se às facilidades que

as pessoas tinham na ESF e questionava porque ainda assim estas pessoas reclamavam, brigavam; ele insistia em colocar que o povo não percebia seus deveres, como chegar na hora da consulta, não faltá-las, acordar cedo para marcá-las. Ao pensar que melhorias no atendimento, uma intervenção de abordagem mais ampla sobre o processo saúde-doença, tratam-se de medidas acalentadoras da “preguiça do povo”, deparamo-nos com a noção de servir aos despossuídos que parece orientar o agir de alguns profissionais de saúde.

Vejamos a fala de uma acadêmica de medicina, do décimo período, quanto ao atendimento à comunidade; “o usuário tem tudo, ele tem que ser grato”. Ela referia-se aos remédios disponibilizados na farmácia, a consultas e também às visitas domiciliares. Atender a usuários desempregados, crianças que já são mães, mães que adoeceram pela entrada dos filhos no mundo das drogas; parece representar para muitos dos profissionais ouvidos fazer caridade, agir sob compaixão – o público é visto como gratuito.

E quando a ESF vem a ser percebida como uma política assistencialista, e por que não, *paternalista*; evidencia-se o conflito entre a percepção do que é ser médico e as exigências de fazer saúde pública em contextos de “miséria social”. Desta forma quando alguns profissionais de saúde classificam a ESF como *paternalista*, eles revelam o desapontamento com um Estado, com uma política de saúde, a qual vivenciam; que insiste em levar benefícios, que não são propriamente de ordem material, a pessoas que podem vir a não corresponderem aos estímulos e proposta de trabalho do programa em questão. “Este povo foi mal acostumado”, presenciamos muito esta frase durante nossas observações. A relação entre esses três sujeitos: Estado, profissionais de saúde e comunidade, é orientada pelas condições materiais, diretrizes da ESF e respectivas leituras feitas, interesses de grupos e códigos culturais. Sendo os sujeitos percebidos por perspectivas atualizadas constantemente que se definem de formas contrastantes, mediadoras e negociáveis. A comunidade que em um determinado momento pode perceber o Estado como opositor dos seus anseios é reconhecida pelos profissionais de saúde como aliada deste.

4.2 Condições de trabalho

As condições de trabalho a que são submetidos os profissionais de saúde são desafiadoras, diante de um Estado que tem demonstrado muitas vezes, como postura, culpabilizar seus servidores pelo insucesso da prestação de serviços; “embora tenha operado

manobras de satanização das instituições públicas” (CAMPOS; MISHIMA, 2005, p. 1264). Uma acadêmica de medicina da UBS Verão, contou-nos sobre o desafio ao qual era submetida enquanto tinha que atender um grande número de pessoas e ao mesmo tempo atender com qualidade e responsabilidade; “tenho muitos usuários para atender em pouco tempo, eles querem me contar casos, mas eu não posso ouvi-los a fundo”. Esta também foi uma das queixas constantes do informante S. da UBS Primavera; “(...) queria ter mais tempo para atender”. E diante da atarefada rotina de atendimentos ele dizia: “como ter equilíbrio emocional para atender essas pessoas sob estas circunstâncias?”; ele continua: “(...) quando tenho vinte pacientes não dá para atender de ‘carne de primeira’”, “(...) tem paciente que só de olhar já sei o que é, nem preciso fazer perguntas”, “(...) não consigo seguir protocolo, não tenho tempo”, “(...) só faço dez por cento do que devia fazer nessas consultas”. Enquanto refletimos sobre os comentários de S., que revela além do abandono, a que estão expostos quanto ao amparo do gestor público, mas também a necessidade de improvisos no atender; constatamos as nuances do desafio de ser médico no setor público. É como se a rotina propusesse a seguinte indagação a estes médicos: estamos fazendo medicina?

Devemos trazer a informação que em muitas comunidades os únicos serviços públicos existentes são as Escolas e as Unidades Básicas de Saúde; na Escola os usuários chegam até ao portão, onde deixa seus filhos, sendo na UBS o local onde lhes é permitida a entrada; pude perceber que essas pessoas apresentam ao doutor e demais profissionais, não apenas suas queixas de ordem física, agonizam também sobre suas condições de vida; deve-se pensar o papel das UBS em contextos de precariedade social, e, por conseguinte a figura do médico nestas situações. Recorrendo ainda à fala emprestada da acadêmica de medicina da UBS Verão, já mencionada acima, quanto à avaliação da ESF; foi-nos sugerido investigar, na tentativa de compreensão da avaliação que os médicos emitem sobre a ESF, a relação que existe entre estes profissionais e os dirigentes do programa no município de Juiz de Fora.

Vejam os que nos diz a acadêmica: “a estratégia é boa, não é eficaz porque não somos preparados”. Acreditamos que uma política pública é estilhaçada quando seus atores não aprenderam interpretá-la; a capacitação profissional juntamente com a existência de condições de trabalho compõem seu êxito. Os depoimentos que colecionamos em contatos com pessoas responsáveis, direta ou indiretamente, pela direção da ESF no município de Juiz de Fora, permitiram-nos pensar sobre a relação médico-instituição – entendê-la torna-se imprescindível para compreensão da avaliação que os médicos fazem da ESF e, por conseguinte das formas de agir ante a organização de vida da comunidade atendida.

Dos médicos que atualmente encontram-se na rede, nem todos ingressaram a partir da realização de um concurso público; fomos informado que muitos dos concursados pediram desligamento a partir de suas insatisfações quanto às condições de trabalho. Havendo, inclusive a constatação da falta de profissionais de medicina para atuarem na ESF. Pudemos ouvir dos informantes relatos nos quais se expressam as dificuldades de ser médico da família; desde o amedrontamento a que são submetidos a partir da imagem que se tem das comunidades pobres – onde há violência, roubo, etc. – até a desmotivação diante da realidade social.

Não existe um critério para o envio dos médicos para as UBS, foi comum encontrar médicos sem muita experiência na ESF atuando justamente em áreas que demandariam um maior preparo. Outras vezes o envio para estas áreas, “que ninguém quer ir”, parece ocorrer como forma de punição àquele profissional que apresentou desconcertos ante a direção da ESF.

Diante da insatisfação com seu trabalho muitos médicos quando não pedem o desligamento da rede apelam para pedidos de transferência, “querem uma área mais light, com menos crianças, adolescentes grávidas”. Descobrimos que praticamente não há espaços onde os profissionais de saúde e os dirigentes da ESF possam dialogar; resta aos médicos desabafar nos corredores da UBS e em outros “cantos”. A sensação de abandono aparece em muitos depoimentos coletados, a respeito da maneira que os profissionais de medicina percebem os dirigentes da ESF. Configura-se assim a criação de táticas e improvisos para resolução dos problemas diários de um médico da família. Algumas delas já mencionadas acima, como o pedido de transferência de UBS.

Enquanto nos voltamos para o entendimento da ausculta feita pelos médicos e acadêmicos sobre a ESF, podemos pensar sobre a relação entre a teoria e a prática, entre as diretrizes do programa e a maneira que são operacionalizadas.

Um jovem acadêmico do décimo período de medicina ao ser questionado quanto à rotina de trabalho em uma UBS, reflete: “a teoria é linda, já a prática”. Evidencia-se que a eficácia de uma política de saúde deve passar desde a preparação de seus atores até a construção de um cenário para a sua execução – ou se preferirem, a existência das condições de trabalho. A colocação posta acima pelo acadêmico de medicina, que mesmo tendo acumulado tão pouca experiência já é capaz de sentenciar a ESF, parece ter sido ouvida das recomendações de seus preceptores, que em número considerável acreditam ser a ESF impraticável; “um programa bonito no papel” (*fala de um médico da família*).

Enquanto descobre-se a avaliação feita pelos médicos sobre a ESF e sua consequente relação com o programa, nossa compreensão alcança sobre os mecanismos que atuam no agir da construção do diálogo com a comunidade. A postura que profissionais de medicina assumem ante essa política de saúde refletirá demasiadamente no atendimento oferecido ao usuário.

Segundo o “papel” a Estratégia Saúde da Família tem como proposta a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sócias, epidemiológicas e sanitárias. Buscando uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde. Cabe às equipes da ESF planejar e desenvolver intervenções junto à comunidade capazes de gradativamente impactarem os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2008).

Para os médicos o encontro com a prática da ESF pode ocasionar o desafio de desistir da carreira de fazer medicina da família, quando sonhos e projetos de vida são questionados pela realidade; exigindo destes profissionais, em muitos casos, a construção de uma trajetória alternativa. Ao terem que fazer medicina comunitária desamparados das condições de trabalho, médicos resignificam a ESF em sua prática com a adoção de táticas e improvisos no convívio com a comunidade. Desamparados pelo Estado e não sendo treinados, nem tendo o papel, de lidarem com os arranjos sociais, médicos da família acumulam sentimentos como impotência, frustração e insegurança.

5 MÉDICOS, ALGUNS CASOS E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE A COMUNIDADE

Nos primeiros passos na construção deste trabalho, parecia que médicos viriam a agir de maneira muito semelhante no organizar de suas relações com a comunidade; podemos confessar que esta noção era familiar, entretanto “o processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações.” (VELHO, 2004, p. 131).

O processo de demarcação e esquematização de um estudo tem entre outras contribuições a capacidade de cobrar daquele que se lança a campo, sobre seu papel de cientista; se as primeiras observações, bem como um “forte palpite”, participaram dos arranjos iniciais da construção de um tema, deve agora o antropólogo se instrumentalizar de sua teoria e do “b-a-bá” do trabalho de campo. Tal conduta o permitirá desvendar o desconhecido, e até mesmo estranhar o familiar.

Em nosso dia-a-dia de observações fomos percebendo que ante as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, bem como diante do contexto de atuação, médicos poderiam vir a fazer uso de táticas distintas para tecerem o diálogo com a comunidade atendida. Para Marshall Sahlins (1990), (...) nada pode garantir que sujeitos inteligentes e motivados, com interesses e biografias sociais diversas, utilizarão as categorias existentes das maneiras prescritas. É quando percebe-se a necessidade de atrelar a nossa tentativa de compreensão, da percepção e forma de agir dos médicos da família ante aos usuários, os fatores que poderiam determinar condutas distintas diante de motivações semelhantes.

Conhecer a história de vida, desde a chegada à medicina até a religiosidade de meus informantes, poderia significar o desenlaçar dessa questão. “Sendo assim, reconhecer que os processos de ação não apenas atualizam, mas transgridem os condicionamentos sociais, não implica defesa da liberdade infinita de escolha do sujeito.” (TAVARES; BONET, 2008, p. 192).

Enquanto trazemos alguns casos sobre médicos e acadêmicos de medicina, objetivamos apontar as determinações que nos levam ao entendimento da relação entre experiência individual e ordem cultural, em nosso “caso”, as leituras diversas que estes profissionais realizam sobre a comunidade no cenário da ESF.

5.1 Carreiras e trajetórias sociais

Um acadêmico de medicina (O.) do décimo período, trinta anos, pertencente à classe média alta, descendente de japoneses, professando como religião o budismo; antes da medicina formou-se em uma universidade no Japão na área de informática. O. nos contou sobre seu encontro com a medicina: após ter tido uma experiência na família em que um de seus tios precisou ter um órgão transplantado, e ele foi o doador; o acadêmico encantou-se com a capacidade curativa encontrada na medicina. Esta experiência trouxe para O. sentido ao ato de salvar vidas.

Durante o tempo de convivência com O. percebia nele algumas práticas ainda não encontradas nos outros informantes; como por exemplo, ligar para os usuários em busca de notícias quanto ao estado de saúde deles. Devemos dizer que nas sete semanas em que este descendente de japoneses ficou na Unidade Básica de Saúde Primavera, período de seu estágio, ele conseguiu junto aos usuários a admiração, sua maneira de agir ante a comunidade rendeu-lhe muitos elogios. Conforme nos aponta Boltanski (2004, p. 34),

Como não possuem os critérios específicos que lhes permitiriam medir a competência profissional do médico, os membros das classes populares só podem avaliá-los em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a ‘amabilidade’, a ‘boa vontade’, a ‘complacência’.

Em seu contato com os usuários O. revelou-nos ter como premissa a busca pela confiança, e na tentativa de construção deste laço O. precisava dizer ao usuário, seja em gestos como o de ligar para eles, que tinha interesse pelo seu caso. Todo o desafio que apresentasse para um jovem da classe média alta de entrar em barracos, acomodar-se em sofás rasgados durante os atendimentos domiciliares, pareciam ser enfrentados a partir da

necessidade de se fazer confiável, se tornar familiar. Dizia ele: “(...) O médico tem que ter em sua mão o diálogo e saber escutar”; “(...) a saúde é simples, ela é o equilíbrio, e a força da simplicidade é ver de dentro”.

O olhar de um doutor para a comunidade é orientado por fatores como sua trajetória de vida, religiosidade e origem social. Isto se evidenciou ante as observações a medida que comparava as formas usadas por médicos na construção das suas relações com os usuários. Mesmo sob um mesmo instrumento teórico, referimos a formação por qual passaram; ao uso que irão fazer da técnica apreendida, precisa ser dado sentido; às condutas de um médico são atrelados valores – os homens criativamente repensam seus esquemas convencionais -, por mais que um olhar objetivo ofereça seu enquadramento diante dos fatos. Na tentativa de aprender o que orienta o agir de um médico ante a organização de vida da comunidade atendida, devemos levar em conta, desde a perspectiva deste profissional de saúde quanto à ESF até sua religiosidade.

Diante da distância social que pode vir a separar médicos e usuários encontramos profissionais de saúde que fizeram uso da indiferença: demora no atendimento, oferecimento de uma medicina simplificada, tratamento de desprezo dispensado aos usuários diante de suas queixas. Mas estivemos diante de doutores que encaram como uma missão o trabalho com as classes populares, encontrando em sua religião a justificativa para esta postura. Tivemos contato com uma médica, na UBS Primavera, que ao relatar sua escolha pela medicina, confidenciou que se tratava de uma missão que tinha nesta vida, da qual ela não podia fugir. Em sua relação com os usuários o ato de atender parecia ganhar sentido a partir desta predestinação. Esta médica era pertencente à religião espírita. A forma como percebia o sofrimento da comunidade, o valor dado à sua carreira de médica, diante dos desafios colocados pela realidade de atuar em uma UBS, a doutora orientava sua conduta pelo ethos religioso;

(...) o que quer que a religião possa ser, ela é, em parte, uma tentativa (de uma espécie implícita e diretamente sentida, em vez de explícita e conscientemente pensada) de conservar a provisão de significados gerais em termos dos quais cada indivíduo interpreta sua experiência e organiza sua conduta. (GEERTZ, 1989, p. 94).

Contudo vale mencionar que a construção de sentido, ou como nos fala Marc Augé (1994): a construção do mundo; vem a ser erguida a partir de outros fatores, e não apenas a religião. Essa médica à qual referimos, vindo da classe popular, e mesmo depois de certa

projeção social advinda do prestígio emprestado pela medicina, parecia ter habilidade para lidar com os “barracos” orquestrados pela comunidade. O tom de voz dos usuários, a maneira de expressarem suas emoções, não parecia ser um outro idioma para esta médica.

Ao conhecer um jovem médico, 28 anos, pertencente desde o nascer à classe média, e ouvir em seus desabaços quanto à rotina de trabalho da ESF da UBS Primavera, alegava estar ali naquele lugar provisoriamente, não fazia também questão de esconder para os amigos de trabalho a aversão à comunidade pobre; “gente mal-educada” - dizia ele. Fazer visitas domiciliares para este doutor era a pior coisa da vida, conforme ele mesmo dizia. Esta insatisfação, para ser compreendida precisa ser relacionada com o estranhamento que um jovem da classe média pode ter ao ver seus valores confrontados diante da realidade da comunidade que cabe a ele atender. Ao manifestar repugnância aos projetos de vida de jovens como ele, porém jovens pobres, colocava-se para o jovem que é doutor o desafio de comunicar-se com um outro mundo. Percebido pela comunidade como o médico da área, o médico da família, ele não conseguia envolver-se com seus entes pobres. Enquanto um “membro” daquelas famílias, ele devia responder à convivência proposta pela Estratégia Saúde da Família, ainda que minimamente. E o que parecia fazer esse médico ensaiar alguma atenção à comunidade era o medo de ser agredido, ter seu carro roubado, ou danificado. Ao primeiro tom de ameaça de agressão, ou xingamento, pedidos de exames eram concedidos, consultas marcadas.

“A relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe do doente.” (BOLTANSKI, 2004: p. 34). Lidar com pacientes de um mundo social distante do seu, implica para o médico a adoção desde táticas para a construção de consensos, até mecanismos de defesas. Conforme nos diz Vasconcelos (2006), não é fácil a aproximação com amizade e afeto de uma população com tantas diferenças culturais e materiais.

A maneira que um “doutor” percebe o membro da classe popular infere sobre seu ato de cuidá-lo: “(...) eles imputam as doenças das classes populares, particularmente as doenças contagiosas, sobretudo à falta de higiene e à ignorância a respeito dos cuidados com o corpo, conseqüência de uma escolarização fraca ou nula” (LOYOLA, 1984, p. 22).

Diante da incompreensão da diversidade cultural o julgamento moral parece ter como função sentenciar comportamentos distintos daqueles que os percebem; inferiorizar o desconhecido, o diferente, legitimando assim a adoção de condutas ante ao estranho: indiferença, descuido, arbitrariedade.

(...) esse julgamento moral é inerente às relações humanas, mas, na relação entre profissionais de saúde e clientela popular, tendia a ser apressado, sem um movimento de prévio de busca de entendimento de comportamentos não compreendidos inicialmente. Pelo contrário, o julgamento moral imediato bloqueava a iniciativa de esclarecimento, e a sua enunciação como se fosse uma análise científica conferia-lhe uma rigidez que dificultava o seu questionamento. Os profissionais de saúde, impressionados com a miséria, tendem a esperar que os moradores das periferias urbanas estejam sempre mobilizados, numa busca constante racional de melhores condições de sobrevivência. (VASCONCELOS, 1998, p. 50).

Parece-nos então que o que vem a construir as percepções de um médico da família diante da organização de vida da comunidade atendida influenciará decisivamente no tratamento dispensado a ela. Sendo, assim, ao criar políticas de saúde que tragam em seu bojo a relevância da justiça social; devemos estar atentos ao universo simbólico que rege as relações entre os homens. A percepção do mundo é organizada a partir de uma perspectiva cultural, o que dá origem a visões desencontradas das coisas conforme afirma Laraia (2005) que complementa dizendo: homens de cultura diferentes usam lentes diversas.

Entende-se que a compreensão da interação médica com a diversidade cultural é consoante com a pauta da Estratégia Saúde da Família que se direciona pelo princípio da integralidade, definida como “a consideração do paciente como um todo e dos fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais que influem sobre a saúde das pessoas” (CEITLIN, 1988, p. 9).

5.2 Êxito e expectativa profissional

Em conversas com os acadêmicos de medicina procuramos ouvir seus objetivos quanto à Estratégia Saúde da Família, e podemos afirmar que foram raros os que ensaiaram algum entusiasmo quanto à carreira nesta política de saúde. Ser cirurgião parece um sonho de um grande número dentre aqueles que fazem medicina, mas a realidade do mercado de trabalho acabará levando muitos que sonharam um dia em ser abrilhantados pela patente de cirurgião, a uma sala, quase sempre pouco confortável, de uma Unidade Básica de Saúde. O desafio que a ESF gera para esses profissionais de medicina é ter que lidar com feridas que

não são propriamente físicas, as chamamos de *feridas sociais*. E, por um outro lado, atuar neste programa nem sempre significa êxito na trajetória profissional. Ser um médico comunitário pode implicar em ser percebido pelos companheiros de profissão como um médico menor, de pouco prestígio.

6 UMA MOSCA NA PAREDE

Na Unidade Básica de Saúde Primavera, foram acompanhados os atendimentos realizados por S. em seu consultório. Por três dias, não consecutivos, fomos uma “mosca na parede” fria de uma sala onde a ocupação do espaço já nos dava indícios sobre as determinações que regem a relação médico-paciente.

S. é um médico da família assumidamente, atuar na ESF é visto como o realizar de um projeto profissional, um projeto de vida. Ele atende na UBS Primavera a maior área em uma perspectiva populacional, “sua demanda é muito grande”. Há quase oito anos nessa Unidade Básica de Saúde, nenhum médico esteve ali por tanto tempo, S. revelou que permanecerá, ao menos, até chegar sua aposentadoria; faltava menos de um ano, em suas contas, quando foi realizado este estudo. Sua religião é espírita, apesar dele não declará-la, pode-se constatar a partir de nossa convivência – ao observar aqueles detalhes que nos detalham. Filho de um farmacêutico, que atuou em um tempo onde o acesso aos serviços de saúde era restrito, portanto, em um contexto em que a figura do farmacêutico se equiparava a de uma espécie de preceptor do que hoje viria a ser o médico comunitário; havia um grande vínculo entre esse profissional e a comunidade atendida. S. cresceu ouvindo o pai relatar as experiências sobre o ato de cuidar, de pôr fim a dor. Sua mãe era Diretora de uma Escola pública.

Antes de iniciar as observações tivemos uma conversa onde ele fala um pouco sobre seus pacientes, as dificuldades do cotidiano na UBS, e claro, sobre sua “grande demanda”. Foi concedida a oportunidade de observar o atendimento ao grupo de pessoas com hipertensão que periodicamente passam pelo atendimento médico, onde renovam suas receitas de captopril (remédio usado no controle da hipertensão), contam rapidamente sobre sua saúde e até dão algumas gargalhadas. A média de idade das pessoas que pertencem a este grupo gira em torno de 50 a 70 anos. Muitos são aposentados, outros enxergam nestas consultas uma oportunidade para o abreviamento da carreira de trabalho – a busca por atestados que sinalizem para inaptidão ao trabalho tem crescido nas Unidades Básicas de Saúde.

Logo que entra o primeiro paciente, que não esconde seu espanto em encontrar-nos ali no consultório, devidamente sentado em uma cadeira ao lado do médico; S. faz a apresentação e ressalta que a nossa presença não influenciará em nada – mas uma mosca na parede pode assustar alguns, até mesmo aqueles que permitiram sua entrada. A paciente é uma mulher de 50 anos, as primeiras perguntas são destinadas ao uso da medicação prescrita na consulta anterior, a usuária faz ao médico um relatório quanto ao seu estado de saúde neste período que se deu entre as consultas. S. enquanto a ouve toma nota em seu prontuário. Percebe-se uma grande familiaridade entre os dois, o doutor conhece detalhes da vida da usuária, preciosos, por sinal, na construção do diagnóstico. Mas uma “barreira invisível” nos aponta a distância que há entre os dois, que determina à paciente o papel de *cliente* e ao médico o de *servidor*, aquele que detém o saber, ele é o especialista, ela a dependente deste saber. Por mais que S. fosse capaz de deixar aquela senhora a vontade, os papéis daquela relação, muito bem definidos, demarcavam os gestos e atitudes recorrentes.

Goffman (2007) nos fala, idealmente o cliente traz para esta relação um respeito pela competência técnica do servidor e confiança de que a empregará de maneira eticamente correta. A usuária a qual observava, não escondia em sua postura, em seu tom de voz, a posição de alguém que depende; de uma receita, de uma orientação, de um desvendar.

Depois da saída da paciente, e antes que o próximo fosse chamado, S. faz alguns comentários, explica os porquês de algumas condutas naquela consulta, conta sobre detalhes da vida da paciente e por final diz “o que traz alegria para um médico é ver que o paciente tá melhor”. Portanto na relação médico-paciente deixar de corresponder aos estímulos e intervenções do médico pela melhora, pode levar a sentenciamentos morais nos quais o doutor profere advertências, e muitas das vezes uma postura de desmotivação diante de usuários “sem jeito”; “eles não fazem nada que a gente pede, não tomam remédio, não fazem a dieta, não adianta falar”. Para um médico ter suas orientações não seguidas pode significar uma grande ofensa, que algumas vezes traz como resposta a indiferença ante os ditos e classificados como “sem jeito”.

Em um contexto de uma comunidade carente onde as privações econômicas condicionam um estilo de vida muito distante do almejado para uma vida saudável, as “ofensas” aos médicos tendem a se tornar corriqueiras. A ideia de ineficácia foi percebida em muitos momentos diante dos quais os médicos comentavam sobre suas intervenções. As limitações a que seu intervir pode estar sujeito não atrelam-se apenas à mudança de hábito do usuário, mas também à estrutura de tratamento oferecida pela rede, em nosso caso o SUS. Desde os remédios disponibilizados para o tratamento até a demora para marcação de exames,

colocam o médico da família diante de desafios institucionais, mas sem dúvida, também pessoais.

No decorrer das consultas pode-se notar que S. procura abordar outras esferas da vida do paciente; ele dizia: “temos que ter uma visão trina sobre o usuário, só a medicina não dá conta”. O informante referia-se à importância para a construção de um diagnóstico de se conhecer a fé do usuário, o uso que o mesmo faz dela no combate à enfermidade. Muitos pacientes saíram dali com sua dosagem medicamentosa alterada, mas também com o reforço no estímulo ao exercício da fé. Mesmo diante das várias crenças religiosas que se apresentavam ao doutor, ele conseguia canalizar a fé do paciente em benefício da qualidade de vida. As narrativas sobre a doença construídas pela comunidade não eram percebidas pelo médico como blasfêmias ao conhecimento médico, e sim como uma percepção a ser considerada durante a consulta, esta relevância dada às falas dos usuários pareciam tornar S. um doutor recomendado. “(...) no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicados no resultado da prática médica” (CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 3). Ouvi alguns comentários da parte da comunidade feitos a seu respeito; “ele é como um pai, trata a gente com respeito, deixa a gente falar, é humilde”.

Uma das armas dos usuários contra aqueles médicos que parecem desagradá-los com suas condutas é difamá-los de beco em beco, de porta em porta. A imagem que um médico da família tem ante o olhar da comunidade costuma ser coesa e única, os comentários e as argumentações quando feitos por quem está ao lado parecem se tornar mais convincentes. Ao não terem controle por inteiro da situação, diferentemente daquele que emprega a estratégia, as classes populares fazem uso de táticas que permitem elas moverem-se de maneira insinuada, num jogo de aparição e sombra com o movimento do outro, não dispendo de uma avaliação de todos os ganhos que a operação pode trazer (CERTAU, 1994 apud BRITES, 2000).

6.1 O ritual da consulta

Na experiência como Agente Comunitário de Saúde, observamos o comportamento daqueles usuários a partir, principalmente da porta das suas casas, ouvindo suas queixas diante de seus filhos e parentes, muitos do grupo doméstico. Ao deparar com essas pessoas

em uma sala com seu espaço dividido, em que a colocação das cadeiras, da mesa, bem como a ocupação delas, identifica a assimetria da relação médico-paciente, causando certo impacto ante a minha percepção sobre a postura dos usuários frente ao médico dentro de seu consultório, por mais que S. os deixassem a vontade, eles pareciam descontextualizados, menos expressivos, com uma fala até mais comedida.

Foucault (2008, p. XI) nos descreve esta cena:

(...) entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos estão “enjaulados” em uma situação comum, mas não recíproca.

Quando o médico aproximava o aparelho de ausculta ao corpo do paciente percebia suas mãos inquietas, o olhar rebaixado, e as vezes um verdadeiro silêncio em gestos. Boltanski (2004, p. 135) nos propõe a seguinte reflexão:

(...) até que ponto é conveniente falar do corpo, de comunicar a outrem as próprias sensações doentias; e, correlativamente, os tetos de intensidade a partir dos quais uma sensação deve ser tida como anormal e conscientemente sentida, aceita, expressa, e determinar o conseqüente recurso ao médico. Ora, essas regras não são idênticas nos diversos grupos sociais.

Esta colocação nos remete novamente à discussão quanto a distância social que pode existir entre médico e comunidade, mais do que apresentar-se como um “doutor” “simpático” ou “bonzinho”, cabe ao médico da família habilidade para dialogar e manusear interpretações de mundo diferentes da sua. Colocar a comunidade como sujeito nesta relação pode ser o primeiro e importante passo.

7 FERIDAS SOCIAIS

A paisagem com o chão batido que recebe o pé da criança descalça, que abriga o vai e vem de adolescentes e jovens, a paisagem que pode causar medo; aquelas casas que tem a parede da cor da poeira, em que há lajes cobertas pelos varais colorindo a altura com o tom das roupas – tão expostas! Em muitos trajetos que fizemos na comunidade seja com médicos ou com acadêmicos de medicina, presenciamos o impacto do espaço sobre as impressões daqueles ilustres visitantes. Assistimos até mesmo reações gestuais ante a arquitetura da comunidade: espanto, repulsa, medo, desconfiança. Podemos recordar uma estudante de medicina, do décimo período, que não conseguiu realizar sua visita domiciliar ao entrar em uma casa e assustar-se com a decoração do barraco, seu olhar parecia não acreditar no que era percebido. O cheiro não é familiar, as divisões dos cômodos não são reconhecidas, a organização de vida da comunidade atendida pelos médicos da família provoca reflexões muitas das vezes seguidas de sentenciamentos morais. Mais do que isto, torna-se um questionamento constante à atuação médica em cenários onde as feridas não são propriamente físicas – são *feridas sociais*.

Referimos a **feridas sociais** enquanto uma categoria usada para classificar a demanda terapêutica apresentada pelos usuários assistidos pela ESF. É quando assuntos da ordem sócio-econômica são resignificados no processo de enfrentamento das condições de vida pela classe popular. As necessidades materiais, a busca por benefícios sociais, as inquietações ante os “apertos da vida” são levadas ao atendimento médico. Enquanto a comunidade organiza-se em seu itinerário terapêutico pode encontrar-se com a organização de um serviço de assistência à saúde ainda não propício para diagnosticar a sua dor, a sua **ferida social**. As **feridas sociais** não seriam propriamente as queixas relativas às condições de vida apresentadas pela comunidade, mas sim um problema de ordem concreta que se constrói diante dos médicos atuantes na ESF. É a fome, o barulho de um tiro, uma rua sem saneamento básico. As questões sócio-econômicas são apresentadas a estes profissionais de saúde, a partir

de uma “teatrelização” da vida, que deve ser entendida não como encenação, antes como uma tática na qual a comunidade situa sua demanda frente à instituição onde é apresentada – o saber médico, o Estado que deve dar saúde. Se durante a anamnese o médico sabe que precisa considerar a história do paciente, ele pode, contudo ser surpreendido ao ser solicitado para cuidar de feridas que não se encontram no corpo humano, “espaço de origem e repartição da doença” (FOUCAULT, 2008, p. 1).

7.1 Formação do médico

Durante o processo de aprendizagem da medicina, os então acadêmicos, recebem uma epistemologia a partir da qual construirão o seu saber. Juntamente a isto, a vivência em um curso de medicina atrelará valores a futuras condutas e práticas médicas, que serão adotadas pelos doutores. As relações informais dentro das faculdades são importantes na formação da identidade dos médicos. É o momento onde algumas crenças ou atitudes são internalizadas a partir de sistemas referenciais fornecidos pela faculdade e pelos professores (RIBEIRO; ROZANI, 2003). É como nos fala Bourdieu (2001 p. 120),

(...) o mundo social produz a diferenciação dos modos de conhecimento do mundo: a cada um dos campos correspondente um ponto de vista fundamental sobre o mundo que cria seu próprio objeto e encontra nele mesmo o princípio de compreensão e explicação conveniente a esse objeto.

Para a Biomedicina a doença aparece como tema central, recebendo o paciente, sua vivência, sentimento e história de vida em uma menor relevância. De acordo com Beatriz Lisboa (2000, p. 3):

A classificação das doenças constitui-se como o principal eixo da teoria da medicina, e o indivíduo que traz a doença se torna, neste caso, um mero canal de acesso a ela. Neste sentido, o empenho do médico é voltado para diagnosticar a doença que o paciente traz, enquadrando-a no rol das categorias nosológicas.

A tarefa crucial a cargo do médico é decodificar o discurso do seu paciente, relacionando os sintomas com seus referenciais biológicos de modo a diagnosticar a entidade patológica. (GOOD E GOOD apud HELMAN, 2003: p. 110).

Mas e quando os sintomas apresentados ao médico são de uma outra ordem, quando as queixas referem-se à falta de água, a escassez de comida, à falta até mesmo do que vestir; quais referenciais serão usados pelo doutor na construção do diagnóstico? Diante das **feridas sociais**, qual a conduta médica? Qual o uso que um médico fará de sua epistemologia neste contexto? E o que pode vir a significar para ele atender a pobreza?

Nas duas Unidades Básicas de Saúde onde realizou-se essas observações, as quais chamamos de Primavera e Verão, a população atendida seria em sua grande maioria de baixa renda. Vivendo em condições precárias, lidando com os males sobrevindos da pobreza. Em muitas casas dividiam espaço com os moradores a falta de saneamento, o analfabetismo, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, e sem exageros: a fome! A partir da vivência com a comunidade atrelada às reflexões constatou-se, conforme já mencionada de maneira sucinta neste trabalho, que nesses bolsões de pobreza os únicos serviços públicos disponíveis comumente são as Escolas e as Unidades Básicas de Saúde. Enquanto nos locais de ensino a entrada do morador que leva seu filho à aula, quando isto acontece, restringe-se, quase sempre, até ao portão; nas UBS, este acesso perpassa o balcão de atendimento e alcança os corredores.

Assiste-se em vários momentos a verdadeiros debates dos moradores da comunidade, entre si e com os profissionais da UBS, sobre suas condições de vida; enquanto aguardam uma consulta, esperam na fila da farmácia, participam de algum grupo educativo, ou até mesmo durante os “barracos” na busca por atendimento. Acredita-se que a figura dos médicos neste contexto recebe contornos simbólicos ainda desconhecidos. Mais do que representante de um Estado, que comumente ausenta-se de suas obrigações junto aos necessitados, o médico da família é aquele com quem a comunidade dialoga sobre sua percepção política, anseios econômicos e reivindicações sociais. Marcar um atendimento médico pode ser um pretexto para expor sua **ferida social**. A idéia de um Estado que deve suprir as necessidades diárias povoa o imaginário da comunidade, que ao perceber o descumprimento desta cláusula, recorre à base mais próxima do Governo e pede uma audiência com o funcionário de maior prestígio – o médico. De certa maneira o Estado consegue se fazer próximo dos mais desfavorecidos a partir de instituições como as Unidades Básicas de Saúde, porém lamentavelmente não confere a elas um aparato técnico-administrativo para intervir de forma promissora na promoção da justiça social. Corroboramos, portanto com Vasconcelos (2008), quando este nos diz que as UBS representam uma inovação institucional por permitirem uma aproximação com o cotidiano da vida popular.

Na Unidade Básica de Saúde Verão acompanhamos durante as observações o processo de agendamento das consultas, marcação de retornos para aqueles usuários que pertenciam a algum grupo (hipertensos, diabéticos, etc.), a solicitação de encaminhamentos para especialistas e em grande número, pedidos de declarações para serem apresentados durante a perícia do INSS. Podemos lembrar de um dia quando após a realização de um grupo de hipertensos, a médica atendeu um a um, os usuários que tinham levado a ela alguma solicitação; estava sorridente, fazia até piadas, revelava-se bem simpática durante sua conduta no atendimento. Houve, entretanto, um momento no qual uma usuária, que aparentava ter aproximadamente 50 anos de idade, fez a doutora um desses pedidos para perícia. Percebemos que olhar da médica tornou-se sério, o tom de sua voz impondo autoridade, ela não pôde esconder de mim o quanto a incomodava este procedimento. Tendo em mãos o prontuário da usuária que fez o pedido, ela transcreveu em poucas palavras a declaração, que enquanto era feita, a paciente solicitava para a “doutora” caprichar. A médica ainda atendeu mais alguns usuários, até que ficamos a sós na sala com a enfermeira. Sabia que precisava compreender o que a doutora queria dizer com aquela postura, e no instante oportuno não foi sequer preciso retomar a questão. Foi o primeiro assunto que levantou assim que o último paciente deixou a sala. Mais do que tentar explicar sua reação, ela queria mostrar o quanto era problemático para a organização da sua demanda de atendimentos, o número crescente de pedidos de declarações por aposentadorias. A profissional de medicina posiciona-se então sobre o desperdício que significa ter que voltar-se para essa questão enquanto deixa de fazer atendimentos de verdadeira necessidade.

A. é uma médica dedicada ao seu trabalho na comunidade, muitos colegas de trabalho a descrevem como uma autêntica médica da família. Os usuários também expressam reconhecimento pela sua dedicação, pela maneira que conduz a relação com os pacientes. Com trajes humildes, a primeira vez que a encontramos não conseguimos a diferir dos usuários que encontravam-se na UBS à espera de um atendimento. É como se A. tivesse o tal “jeito de pobre”, só o fato de chegar à comunidade de ônibus todos os dias, tem um verdadeiro peso simbólico sobre a percepção que os moradores desenvolvem em relação a ela; “a ‘doutora’ é muito humilde, simples” (*fala de uma paciente de A.*). De voz mansa, sempre se disponibilizando a resolver as questões postas pela demanda dos usuários, A. tinha uma boa relação com sua área. O nosso propósito em descrevê-la enquanto trata-se dos desafios postos aos médicos que deparam-se com **feridas sociais** é refletir sobre a repercussão que as queixas sociais e a conseqüente maneira encontrada pela comunidade para resolvê-las, tem sobre até mesmo uma profissional de saúde que mantém uma relação tida como exemplar

com os usuários. Parece desta forma, que o dilema de envolver-se com as “patologias sociais” para um médico, transpassam as fronteiras de sua perspectiva individual na construção do diálogo com a comunidade – em que pese a religiosidade, a trajetória de vida de cada médico – e acabam alcançando os ditames simbólicos aprendido na formação médica; o que eu queremos dizer é que médicos e médicos formam-se para ser cientistas, entendendo o uso deste termo atrelado ao significado de uma suposta neutralidade e tecnicismo.

(...) sendo a medicina moderna uma profissão fundada nas ciências genuínas, deve ser os médicos treinados como *cientistas* (grifo nosso), não apenas para poderem exercer corretamente seu ofício, mas para diferenciá-lo de outras práticas oriundas da mera imaginação e que estão a afrontar o saber validado pelo método científico. (...) um enorme esforço exige a atitude científica, a mente inquisitiva, a análise de dados, a definição de limites, a postura epistemológica adequada. (BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 16-17).

Eles aprenderam a ser médicos, formaram para ser “doutores”, receberam, portanto, uma identidade profissional, as ordens de um ofício costumam impedir negociações com demandas alheias que poderiam estar “intrrometendo-se” onde não foram chamadas.

Quando A., médica da Unidade Básica de Saúde Verão, tinha que atender um pedido de declaração para obtenção de algum benefício junto à Previdência Social, de fato o atendimento parecia ser destinado ao *pedido* e não propriamente ao *pedinte*; A. ofereceu algumas falas onde expressava sua percepção sobre as formas de enfrentamento encontrada pela comunidade para resolverem suas carências sócio-econômicas. Segue um trecho da fala de A.:

(...) tem muita gente ociosa, rapazes que não trabalham. (...) tem gente que nos procura, faz cara de triste, de doente, para conseguir um atestado relativo à afastamento do trabalho e depois eu vejo essa pessoa, em um outro momento, sorrindo, sentindo-se muito bem. (...) quando conseguem emprego de carteira assinada eles podem estar preparando-se para buscar um afastamento. (...) eles não gostam de acordar cedo para marcar consulta, por isto, vão à unidade de atendimento mais distante, preferem ficar lá por três horas. (...) são preguiçosos; eles tem acesso à métodos contraceptivos, mas as vezes não usam. (...) tem agora o bolsa família. (...) preferem engravidar para aumentar o valor do benefício.

Para A. é absurda a ideia de ter que atender pessoas que não trabalham – e supostamente até não seriam muito “chegadas ao batente”. Suas expectativas profissionais são frustradas ao ter que atender usuários que não estão doentes, ou não demandam um atendimento clínico.

É sugerido a partir de sua fala, que o título de cidadão cabe àqueles que portam uma ocupação, tem uma carteira de trabalho, e que são contribuintes da previdência social, pagam seus impostos, tendo, portanto, direito a um atendimento em saúde. Os pobres devem ter como motivação satisfazer suas necessidades materiais, uma vez que eles foram definidos por esta carência básica (SARTI, 1996). E aqueles, portanto, que não atenderem a esta perspectiva, “os desocupados, “os malandros”, que querem aposentar-se sem nunca terem trabalhado; deve ser dispensado o sentenciamento moral, que se torna uma categoria de classificação aos comportamentos diferentes e estranhos daqueles que os percebem.

Dois questões aparecem neste contexto; a primeira como já dito há algumas linhas acima, seria o desafio que representa para um médico, formado para ser cientista, ter que cuidar de **feridas sociais**, qual remédio prescrever contra a pobreza? Uma segunda questão que se coloca é a distancia social que costuma separar médicos da família e comunidade atendida. “O médico, enquanto figura e categoria generalizada, parece ter pouca cumplicidade identitária com o paciente das classes populares, e , assim o trata como um outro, no sentido da diferença matemática de ‘menos’” (MACHADO, 2003, p. 13). Não é raro a incompreensão da parte do doutor ante as formas de enfrentamento usadas pela classe popular em seus percalços diários. Conforme nos lembra Cynthia Sarti (1996), a pobreza tem uma dimensão social e simbólica. A forma de organização de vida da classe popular é seguida de atos e gestos que orientam-se a partir da maneira que percebem o mundo, entretanto o “mundo” frente ao qual encontram-se em relação pode vir a não percebê-los com o mesmo olhar. Para Valla (1998), em sua convivência com a comunidade atendida, o profissional oferece seu saber por que julga o da população insuficiente, e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente.

A Estratégia Saúde da Família faz uso de uma medicina preventiva. Apregoa atividades de prevenção e promoção da saúde. Mas como fazer da prevenção um tema para pessoas, no caso a comunidade atendida, cuja pauta parece ser outra – a urgência. Recorramos mais uma vez a Boltanski (2004, p. 151):

Efetivamente, as regras de comportamento, às quais o indivíduo deve dobrar-se e cuja reunião forma o que é habitualmente chamado de “medicina preventiva”, se bem que sejam fundadas num saber racional e estreitamente dependentes do vir-a-ser das ciências médicas, todavia são objetivamente portadoras de uma filosofia implícita, e exigem daqueles que devem aplicá-las uma certa atitude global frente a vida e particularmente frente ao tempo. A medicina preventiva requer dos agentes sociais uma conduta racional frente à doença que, reinserida a título de eventualidade possível num plano de vida, pode ser dominada ou sobrepujada pela

previsão a longo prazo. Ora, as condições objetivas nas quais se movem os membros das classes populares e, mais particularmente, a insegurança econômica que os impede de adotar no campo econômico uma atitude de previsão que se manifestasse, por exemplo, pela planificação a longo prazo das decisões de compra, impõe-lhes a interiorização de um *etos* (grifo do autor) e de uma atitude em relação ao tempo que, forçosamente, proíbe-lhes a adoção de tal atitude frente à doença. Pois a doença, que por definição é aquilo sobre o qual não se tem poder, constitui para eles aquilo que interrompe o tempo, que corta inutilmente o desenrolar normal da vida e oblitera o futuro inteiro.

Ao propor uma forma inovadora de promoção da saúde, a Estratégia Saúde da Família, que para muitos médicos tem apenas “um discurso lindo”, parece ser contida pela dimensão simbólica que orienta os usuários em suas ações frente ao processo saúde-doença, mas que é criada em uma perspectiva relacional com as condições materiais. Se para muitos profissionais da medicina as queixas dos usuários quanto as suas **feridas sociais** acabam parando em um lugar inapropriado, o consultório de uma UBS, que pode ser pensada como uma “repartição” de um Estado, por sinal, ausente frente às necessidades das classes populares; pode-se constatar por outro lado, que qualquer política que objetive êxito não deve descartar, como já citou-se em algum momento deste trabalho, o universo simbólico, que orienta as ações e comportamentos dos integrantes de grupos sociais.

7.2 O diagnóstico

O diagnóstico é um dos objetivos principais da medicina, os médicos são treinados para alcançá-lo:

O ‘diagnóstico’ é o objetivo central da prática biomédica, é aquilo para o qual o médico tende em sua relação com o enfermo. Esse ‘diagnóstico’ surgirá de um processo por meio do qual se traduzirão os sinais e os sintomas ‘construídos’ a partir da observação do paciente, num formato declarativo que remete às categorias diagnósticas de uma especialidade médica (BONET, 2004, p. 88).

Diante das **feridas sociais** os esquemas aprendidos no processo de aprendizagem da medicina para a construção de um diagnóstico, tornam-se inapropriados. Ocasionalmente nos médicos reações de frustração, raiva, angústia e impotência. Ao não saberem lidar com as “patologias sociais” da comunidade, o médico da família, sente seu saber afrontado. Segundo

Vasconcelos (2006) o estudante de medicina, ou o médico, inserido em ambientes de pobreza fica dividido entre uma compaixão que lhe leva a se indignar e a angustiar com estas situações de misérias extremas e, de outro lado, as explicações preconceituosas que tendem a reforçar e justificar esta marginalização.

Deve-se mencionar que durante sua formação os acadêmicos são preparados para não expressarem suas emoções ante os pacientes; em uma conversa com uma acadêmica de medicina do décimo período, pertencente à classe popular, algo não muito comum, ela relatou episódios nos quais diante de seus professores não podia ensaiar expressões como as de compaixão e sensibilidade – “Fui treinada para não esboçar reações como medo, susto. O professor te monitora e caso ele perceba que você assusta, chama sua atenção”. Mas a acadêmica é categórica ao lembrar da necessidade que a relação médico-paciente impõe quanto ao “ser firme e frio”; “é um recurso terapêutico, se eu me desesperar frente ao paciente, ele entra em pânico, e isto é péssimo para a recuperação”. Conforme nos fala Geertz (1989), as sensações são aprendidas. Ao encontrarem-se despreparados para lidarem com as **feridas sociais**, e acreditando que um bom médico não deve deixar uma lágrima escorrer ante o sofrer do paciente, ainda que seja um pedido por comida; os médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família podem vir a questionar-se continuamente se estão fazendo medicina. Tendo eles a sensação de estarem ante um *usuário inadequado*.

7.3 O currículo

Sempre que abordava os acadêmicos de medicina sobre a formação que estavam tendo relativa a assuntos sociais, eles faziam questão de dizer que recebiam uma boa preparação, que o paciente deveria ser percebido por uma visão holística. Podemos recordar de um acadêmico de medicina, do décimo período, em sua primeira visita à comunidade, que durante o caminho dizia sobre a importância de considerar as condições de moradia do usuário, o seu saber ante à doença; mas ao entrar na primeira casa e posicionar-se frente as questões colocadas pelo usuário, parecia ter “mentido” minutos antes. Como bem nos advertiu Cláudia Fonseca (1999), devemos estar atentos às discrepâncias entre o discurso e a prática.

Vasconcelos (1998, p. 44) nos aponta sobre a dificuldade em converter o conhecimento crítico das determinações sociais e ambientais das doenças em condutas operacionais, alcançando-se apenas recomendações valorativas de ações educativas.

Já está bastante difundido entre os profissionais de saúde um conhecimento crítico que questiona a eficácia de intervenções médicas restritas às dimensões biológicas dos problemas de saúde. Há um amplo reconhecimento da importância de mudanças subjetivas, sociais e ambientais para a superação desses problemas. Têm-se proliferado estudos e publicações que discutem estas mudanças sociais e ambientais necessárias, mas esse conhecimento não tem resultado na prática técnica cotidiana dos serviços de saúde.

De certa forma, pode-se olhar como avanço as alterações curriculares que vêm acontecendo nos cursos de medicina, em que se reconhece a necessidade de uma abordagem mais ampla sobre o processo saúde-doença. Quando os acadêmicos, fazem questão de dizer que recebem preparação para lidar com assuntos sociais, que logo no primeiro ano de curso realizam visitas às comunidades carentes; estão dizendo que, as **feridas sociais** já tinham alcançado os laboratórios de medicina.

É ainda em um tom pouco valorativo que a imaginação moral quanto ao fazer medicina em meio à pobreza repercute entre esses estudantes. A imagem daquilo que não temos acesso costuma nos ser passada por pessoas que estimamos, provocando abstrações que se tornam significativas a partir do que nos foi contado. Para Geertz (2007, p. 75),

Este é o processo através do qual qualquer coisa que tenha a ver com a imaginação se desenvolve em nossas mentes, e é transformado, socialmente transformado, deixando de ser algo que sabemos simplesmente que existe ou existiu, em um lugar qualquer, para ser algo propriamente nosso, uma força que funciona em nossa consciência comum.

Ao usar a categoria **feridas sociais** objetiva-se contextualizar o posicionamento dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família ante a organização de vida da comunidade atendida. Sabemos que o aparato técnico fornecido pela medicina é insuficiente para tratar das “patologias sociais” que figuram nesse cenário; outras intervenções fazem-se necessária à promoção da saúde. Mas ao aprender as dificuldades encontradas pelos médicos, suas percepções e formas de construção de diálogo com a comunidade, permite-se a produção de reflexões capazes de (re)orientar as condutas destes profissionais de saúde ante as **feridas sociais**. Oferecendo outros referenciais na construção de diagnósticos, o que não implicaria na

idealização de um “semi-deus”, contudo nos levaria ao aperfeiçoamento da identificação das fronteiras de um determinado saber, e, conseqüentemente, à necessidade da capacidade dialógica com outras disciplinas. Reconhecendo-se assim, conforme nos aponta Raynaut (2006), os limites de uma epistemologia específica de representação da realidade que ela constrói com seus conceitos e instrumentos metodológicos.

8 O DIAGNÓSTICO – A GUIA DE CONCLUSÃO

O etnógrafo ao deixar o campo tem a tarefa de converter sua vivência em um discurso informativo, deve ele narrar os detalhes que figuram a constituição de uma organização social – de que é feito o jeito de ser de um povo. Contudo, conforme nos lembra Malinowski (1984), na etnografia, é frequentemente imensa a distância entre a apresentação final dos resultados da pesquisa e o material bruto das informações coletadas.

As primeiras indagações que nos levaram ao tema refizeram-se durante as observações, as conversas com os informantes e o contato com o aporte teórico. E enquanto livrava de um palpite – “motim” do desencadeamento do presente estudo – foi possível aproximar das percepções comunicadas pelos médicos da família em seu contexto de trabalho.

Para os profissionais de medicina atuantes na Estratégia Saúde da Família tem-se colocado o desafio de atender as insurgências sociais; ao fazerem uso da epistemologia médica para avaliarem a anatomia da pobreza acabam vivenciando o confronto entre os ideais de uma profissão e o contexto de sua inserção. Ao se questionarem sobre se o que estão fazendo é medicina, acabam nos falando da necessidade de construção de um diálogo entre a academia e os novos contextos da atuação médica.

No processo de convivência com a comunidade, os médicos são orientados por suas perspectivas religiosas, trajetória de vida, formação acadêmica e projetos profissionais. De estranhamentos a negociações, a relação médico-paciente sob o contexto da ESF sugere a seus atores a busca por consensos. E quando ao auscultarem esta política de saúde os médicos assumem um discurso único quanto ao seu teor paternalista, revelam uma provável incapacidade dialógica entre a epistemologia médica e uma política pública que dá ao usuário o lugar de sujeito nesta relação. Se a distância cultural, que pode vir a existir entre os profissionais de medicina e a comunidade, direciona as ações dos médicos, não deve ser menosprezado o *habitus* que este profissional recebe em sua formação acadêmica. Fazer medicina incorre sobre alguns pressupostos que podem ser questionados na prática da Estratégia Saúde da Família.

É necessário desta forma uma maior aproximação entre planejadores de políticas de saúde e os que educam na formação médica. Um diálogo entre essas partes torna promissora uma estratégia de saúde que ambiciona a justiça social – a dominação que rege a relação entre grupos e classes sociais ganha legitimidade em seu processo de institucionalização. A releitura da Estratégia Saúde da Família feita pelos médicos em sua prática deve ser acompanhada pela instituição que planeja e apreendida pela instituição que os forma. O descompasso entre as ambições de um Estado democrático, que pensa a saúde como direito, e suas instituições de ensino, faz como vítima seu povo.

A partir deste estudo sugere-se que o processo de escolha dos profissionais de medicina que virão atuar na Estratégia Saúde da Família, priorize durante a seleção não apenas uma capacidade técnico-científica; vale dizer que não são muitos os médicos atuantes na ESF que têm o título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade (FALK, 2009). Acredita-se que ao considerar a capacidade dialógica desse profissional com as demandas sociais, as experiências em trabalhos comunitários e sua perspectiva quanto à ESF, implementa-se as investidas para o êxito da política de saúde em questão.

Durante a construção de uma política de saúde faz-se necessário considerar os atores que irão vivenciá-la e seus respectivos referenciais culturais. Recomenda-se ainda, a atualização das diretrizes de uma política de saúde a partir da realidade local, que não é estática, antes ressignifica-se e cria seus próprios modelos interpretativos. A diversidade cultural é uma realidade com a qual os médicos da ESF precisam administrar em sua prática. Essa mesma diversidade exige que o médico seja capaz de aprender novos valores e desenvolver outras percepções de saúde-doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A promoção da saúde envolve não apenas intervenções curativas, e nem deve se tornar papel apenas dos profissionais da área. Cabe ao Estado a garantia de direitos como a moradia, educação, transporte, saneamento básico, etc; somente assim ele poderá fazer valer a saúde como direito. Uma política pública deve se contextualizar com a cidadania.

REFERÊNCIAS

- AUGÉ, M. **Não-lugares. Introdução a uma antropologia da supermodernidade**. São Paulo: Papyrus, 1994.
- BARBOSA, Genário Alves; MASSUD, Munir. A Profissão Médica e o Ser Médico. In: Genário Alves Barbosa et al. (Org.). **A Saúde dos Médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.
- BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 4.ed. São Paulo: Graal, 2004.
- BONET, O. A. R. **Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BOURDIEU, Pierre. **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose/**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 4 dez.2009.
- BRITES, Jurema. **Afeto, Desigualdade e Rebeldia: bastidores do serviço doméstico**. 2000. 239 f. Dissertação (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidade de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (4): 1260-1268, jul-ago, 2005.
- CAPRARA, Andréa; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, 2004.

CEITLIN, J. Conferência dictada en el hospital privado Centro Médico de Córdoba. **Experiência Médica**, v. 6, n. 1, p. 3-13, 1988.

EVANS-PRITCHARD, E. **Os Nuer**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FALK, João Werner. **O Título de Médico de Família e Comunidade**. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>. Acesso em: 14 nov.2009.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 10, p. 58-78, 1999.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GUIMARAES, M. B. L. Intuição e arte de curar: pensamento e ação na clínica médica. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n. 203, p. 01-28, 2000.

HELMAN, C.G.. **Cultura, Saúde & Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 18.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

MACHADO, Lia Zanotta. Entre o Inferno e o Paraíso. Saúde, Direitos e Conflitualidades. **Série Antropologia**. Brasília-DF, v. 324, p. 1-20, 2003.

MALINOWSKI, B.. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre-RS: 2006 jun; 27(2): 149-65.

RIBEIRO, Mário Sérgio; ROZANI, Telmo Mota. Identidade e formação profissional dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, nº 3, set/dez 2003.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. Campinas-SP: Autores Associados, 1996.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa e saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 29 (1): 63-74, 1995.

SHALINS, Marshall. Estrutura e história. In: **Ilhas de história**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 172-194, 1990.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. A. R. In: Roseni Pinheiro; Aluisio Gomes da Silva Junior, Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2008, v. 1, p. 189-196.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2): 7-18, 1998.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosa e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2): 39-57, 1998.

_____. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: Eduardo Simon; Eymard Mourão Vasconcelos; Lia Haikal Frota. (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 265-308.

_____. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2008.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.