

# De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando?

Which territory are the Health Family Program doctors talking about?

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga<sup>1</sup>, Cleide Lavieri Martins<sup>2</sup>

Palavras-chave:  
Programa Saúde da Família  
Pesquisa Qualitativa  
Educação Médica

## Resumo

Este artigo teve por objetivo apresentar algumas reflexões do estudo sobre a prática médica no Programa de Saúde da Família (PSF) e a mudança de modelo assistencial em saúde a partir do estudo de caso de uma região de Saúde da cidade de Vitória, Espírito Santo, utilizando a abordagem qualitativa na coleta e análise dos relatos de sete médicos. Neste estudo, os médicos entrevistados falaram sobre a prática do PSF e a mudança individualmente vivida; uma das categorias de análise foi a relação entre o médico e o território. Os médicos que participaram deste estudo não conheciam o território na concepção primordial que transforma o modelo, tratando-o como área de abrangência geograficamente delimitada, o que não traz oportunidades de práticas de saúde, as quais demonstrem a mudança do paradigma causal do processo de adoecimento contido na Constituição Federal brasileira, que admite a multicausalidade com determinação social.

Keywords:  
Family Health Program  
Qualitative Research  
Education  
Medical

## Abstract

The objective of this article was to present some reflections about the medical practice in the Family Health Program (FHP), and the change of the health assistance model from a case study of a health region of Vitória, Espírito Santo, Brazil, using the qualitative approach in the collection and analysis reports of seven physicians. In this study, the physicians interviewed talked about the practice of the FHP and the change in their individual experiences. One of the analysis categories was the relationship between the doctor and the territory. The physicians enrolled in this survey did not know the territory in the prime conception that change the model, treating it as a reaching area geographically limited, what will not bring opportunities of health practices that show the change in the cause paradigm of the sickness process contained in the Brazilian Federal Constitution, that admits the multicausality with social determination.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado, cuja orientadora foi a Dra. Cleide Lavieri Martins.

<sup>1</sup> Médica Sanitarista, da Secretaria Estadual de Saúde – Vitória (ES), Brasil. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga, Rua Oscar Rodrigues de Oliveira, 731, apto. 301, Jardim da Penha – CEP: 29060-720 – Vitória/ES, E-mail: sheik.vix@terra.com.br

## Introdução

Após a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, as bases fundamentais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, foram determinadas juridicamente nos artigos 196 a 200. Esses artigos traduziram as propostas enumeradas pela VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e se concretizaram como eixo do sistema de saúde brasileiro nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, no Decreto nº 99438/1990 e nas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que conduziram o que anteriormente era caracterizado pela centralização política, administrativa e financeira, para um novo sistema de saúde, que organizado pelos princípios da descentralização, regionalização, hierarquização, integralidade e participação popular, tem em suas bases teóricas o conceito ampliado de saúde<sup>1</sup>, o qual admite o paradigma multicausal do adoecimento com o componente nuclear da determinação social.

O enunciado das leis não se restringiu à organização de um novo sistema de saúde, mas de um novo modelo tecnossistêmico como expressão concreta do novo, o que remeteu obrigatoriamente a abordagem de novas práticas, diferentes das hegemônicas.

Em 1997, o governo brasileiro concentrou seus esforços na organização do novo Sistema de Saúde, a partir da Rede de Atenção Básica e elegeu o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia – prioritária e financiada – com capacidade de mudar o modelo a partir dos municípios, o que os colocou como o lugar das novas práticas de saúde.

Ao se identificar o escopo do PSF essas práticas se desenvolvem sobre um território – espaço físico –, sendo que a imagem objetivo de modelo e de práticas de saúde está no território-espaço de significações. É nesse sentido que a relação do médico com o território é um dos elementos fundamentais para a mudança de sua prática, substrato e referencial de entendimento do adoecimento, logo contribuindo ou definindo a prática de saúde.

## Metodologia

Para que se pudesse buscar no PSF os componentes inovadores de um modelo coerente com princípios do SUS, foi percorrido um caminho metodológico capaz de apreender mudanças, não apenas dos indicadores de morbimortalidade que, apesar de serem os mais utilizados nas avaliações do PSF, não seriam os mais apropriados para demonstrar os componentes teóricos essenciais da mudança de modelo<sup>3</sup>.

Para evidenciar como os médicos do PSF, da região de Saúde VI do município de Vitória, Espírito Santo, estavam

trabalhando, foi escolhida a abordagem qualitativa de coleta e análise de dados, sendo utilizado, como instrumento de coleta, entrevistas abertas, as quais, segundo Contandriopoulos<sup>4</sup> se tornam mais adequadas quando estão envolvidos atitudes e comportamentos e permite aos atores a exteriorização do que fazem, como fazem e porque fazem, com quais valores e com que opiniões. Os médicos entrevistados falaram sobre a prática do PSF e a mudança individualmente vivida.

Foram entrevistados todos os médicos de 11 equipes que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família (USF) da Região de Saúde VI, até junho de 2003, os quais estavam nessas unidades por mais de dois anos e em equipes consideradas completas: médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, totalizando sete médicos. A pesquisa foi aprovada no pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP do Centro de Orientação e Encaminhamento Profissional (COEP) e os participantes consentiram as entrevistas. Foi mantido sigilo com relação à caracterização dos entrevistados por ser fácil a identificação dos profissionais que trabalham em cada região de Saúde do município.

Para análise dos dados, utilizou-se o estudo do conteúdo da falas desses médicos sobre os fatos de seu dia a dia nas unidades de saúde, havendo a preocupação de não interpretá-los no referencial do senso comum, mas articular as palavras ditas, transcritas e analisadas com as circunstâncias em que esses fatos ocorriam.

Buscou-se, nos relatos, identificar o território na falas dos médicos, em qualquer momento das entrevistas, não obedecendo aos limites e a ordem das perguntas e sim identificando núcleos de sentido que qualitativamente representavam valores ou modelos de comportamento referenciado ao território<sup>5</sup>.

A escolha do conceito de território como categoria de análise se reafirmou durante o desenvolvimento do estudo, a partir do momento em que os médicos selecionados – como sujeitos da pesquisa – falavam na mudança de suas práticas nas equipes e na relação com seus pacientes e que tudo acontecia em um espaço geográfico chamado por toda a equipe de território.

## Resultados e discussão

De acordo com os relatos dos médicos entrevistados, eles mudaram suas práticas, saindo da unidade, realizando atividades externas aos consultórios e nomeavam algumas características da comunidade sob sua responsabilidade, mas não conheciam o território. Eles relataram que era a enfermagem que se ocupava das atividades fora da unidade, em

uma relação estreita com os agentes comunitários de saúde (ACS), o que dava oportunidade para um maior conhecimento da vida do território.

*Não há tempo, enquanto os enfermeiros trabalham com os agentes, orientando as palestras, eu estou na sala atendendo ou fazendo visitas com uma delas.* (entrevistado 5)

O território no PSF é o espaço geográfico delimitado a partir do número de famílias onde as equipes atuam, e a população reconhece a Unidade de Saúde e seu território quando sua família é cadastrada.

*Eles já chegam dizendo que vieram para que a gente resolva o problema, ele já sabe qual médico é responsável pela sua família e que precisa de ser resolvido o problema.* (entrevistado 2)

Cada Unidade de Saúde da Família deve ter, no máximo, três equipes e cada equipe responsabiliza-se por 600 a 1.000 famílias<sup>6</sup>. A partir do momento em que as microáreas são mapeadas, de acordo com o número de famílias, fica caracterizada uma divisão administrativa a qual se denomina território. Logo: uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família é um território, administrativo, composto por um conjunto de microáreas<sup>7</sup>.

O território como espaço de atuação de profissionais de saúde, áreas de abrangência das Unidades de Saúde, espaço das atividades das visitadoras sanitárias dos Centros de Saúde ou espaço dos inspetores sanitários, isto é, limites territoriais, teve suas origens nas organizações administrativas da Saúde Pública desde seus primórdios. Consolidou-se na moderna Saúde Pública como espaço operativo das ações sanitárias, nas cidades do século 19, em que as estratégias para enfrentamento dos problemas davam-se a partir das comunidades onde os médicos elaboravam uma descrição detalhada do lugar, de todas as características e pontos de perigos (topografia médica). Anteriormente, na Alemanha do século XVIII, os médicos tinham a responsabilidade de um distrito e visitavam todas as cidades e aldeias naquela área geográfica para sistematizar as características das populações, do meio ambiente e as doenças<sup>8</sup>.

O PSF estrutura-se para agir sobre um território e tem, na área adscrita de cada Unidade de Saúde e na divisão espacial das microáreas, as duas formas de delimitar a população sobre a qual serão desenvolvidas as ações de saúde. A partir da metodologia enunciada na publicação do Ministério da Saúde (MS) 2000 e nas mais recentes, não existe possibilidade de delimitar territórios e sim áreas de abrangência. O conjunto de profissionais das USF não tem dúvidas de qual área de abrangência está sob a responsabilidade das equipes

e referem com presteza a delimitação geográfica do espaço de implantação do PSF e das microáreas; além disso, essa organização pode ser considerada como um novo jeito de trabalhar nas unidades de saúde.

Em Mendes<sup>9</sup>, a definição de território vai além do espaço físico, sendo sua dinâmica caracterizada pela denominação de “território – processo” onde opera a vigilância em saúde e, nesse lócus, a ação transformadora será direcionada. Para o autor, a vigilância em saúde é uma forma de resposta social organizada para dar solução aos problemas de saúde; logo, terá de “recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença”.

Territorialização ou demarcação de territórios tornou-se, metodologicamente caracterizado, a partir de 1989, sob a iniciativa da área de infraestrutura de Sistemas de Saúde da Organização Panamericana de Saúde, Grupo de Apoio à Implantação de Sistemas Locais de Saúde, que disseminou a diferença entre territorializar ou apenas demarcar topograficamente<sup>10</sup>.

Territorialização em Saúde é definida como um processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo a representação deste espaço muito mais que uma área geográfica, tendo um perfil epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa em permanente construção. Portanto, territorialização é o passo fundamental para caracterizar a população e seus problemas de saúde<sup>10</sup>. A apropriação do espaço local é apenas uma forma sistematizada de conhecer a comunidade para prática do planejamento ascendente, levando em consideração problemas identificados e priorizados pela equipe da unidade de saúde e a comunidade.

Falar de território pautado nas reflexões dos geógrafos, dos antropólogos, da Antropologia médica e da Sociologia contém o conceito de espaço cotidiano onde a cultura dá a consciência aos atores de pertencer a um grupo, de pertencer à história<sup>11</sup> e de que são apropriados porque transformam o espaço social, com nova lógica temporal<sup>12</sup>. Provavelmente não é esse o território do PSF, já que a demarcação geográfica antecede o conhecimento dos grupos sociais existentes na localidade.

Para Minayo<sup>5</sup>, território é o lugar de entendimento do processo de adoecimento, em que as representações sociais do processo saúde-doença envolvem as relações sociais e as significações culturais e, para se minimizar a dificuldade dos sujeitos envolvidos na construção das intervenções de saúde, há de não se medir esforços para a implementação do planejamento participativo nos territórios que agrega aos profissionais de saúde o saber das pessoas do território, legitimamente apropriado.

A partir dessas referências são, provavelmente, apropriados do território do PSF os ACS, sujeitos do lugar, e quanto

maior for o tempo de residência na área (o PSF admite mais de dois anos de residência na área) mais apropriado, porque se consolida uma relação de sujeito que faz o lugar.

Essa relação do sujeito com o lugar se traduz em certo controle sobre área quando conhece sua localização, refere com precisão os objetos do espaço e é capaz de perceber imediatamente alterações do ambiente, conflitos e a cooperação entre as pessoas. É no território que o entendimento da multicausalidade e a determinação social tomam concretude.

Quando a maioria dos médicos entrevistados chegou à região estudada, em Vitória, os territórios já tinham sido delimitados pela metodologia de Territorialização em Saúde, desenvolvidas em oficinas que aconteceram durante o ano de 1995, ocasião em que se desenhavam os Sistemas Locais de Saúde<sup>13</sup>. Em 1997, durante a implantação do PSF na região, não foram oportunizadas novas oficinas que favorecessem o exercício constante de reconhecimento e delimitação de territórios e mesmos os médicos que estavam na região São Pedro, em Vitória (ES), desde 1995 e que optaram por trabalhar ali, não estavam apropriados. O espaço se modificou com novos sistemas de objetos trazidos pela urbanização e novos sistemas de ações, que mostravam um novo momento da história do lugar<sup>12</sup> e este momento não parecia entendido, com clareza, pelos médicos entrevistados.

*(...) se a criança é desnutrida ou não, tem que estar perto da enfermagem (...) se já é, na Igreja Batista ou na Policlínica ou outro encaminhamento com as questões sociais que a criança possa estar envolvida, a enfermagem assume... (entrevistado 1)*

*A Pastoral se envolvia antes quando eu era pediatra há três anos, antes do PSF a Pastoral era o único envolvimento da criança, vamos dizer, o único alicerce da criança, hoje não tem mais esse programa. (entrevistado 2)*

O diagnóstico situacional de saúde do território na região de São Pedro não foi incorporado nos serviços como prática norteadora das ações programadas durante os anos seguintes à implantação do PSF; sendo assim, as necessidades da população não foram reconhecidas. Isso acontece na maioria das cidades que fazem a opção pelo PSF como uma estratégia para reorganização da Atenção Básica e mudança do modelo tecnoassistencial em saúde, não havendo no Estado do Espírito Santo uma sistematização de procedimentos que favoreça o reconhecimento de características das comunidades.

O planejamento das atividades nas USF no momento do estudo se caracterizava por visitas sociais (visitas domiciliares da enfermagem com a presença da assistente social, tendo como objetivo esclarecer problemas sociais), visitas

domiciliares (que se refere à presença do profissional de saúde no domicílio para levar informações de saúde ao grupo familiar ou atendimento clínico aos pacientes que não podem ir até a unidade), algum evento da Secretaria Municipal de Saúde e rotinas do atendimento médico.

A demanda por atendimento médico, que se operacionalizava na organização da agenda médica era outra forma de planejamento que podia ser modificada se acordada na equipe.

*Na minha unidade planeja-se o agendamento, mas não existe a partir das necessidades ou que possa se desenvolver para promoção e prevenção da saúde, conforme o programa preconiza, não existe tempo, não dá para sair do esquema de consultas. A gente ainda faz alguma prevenção. Mas promoção? (entrevistado 3)*

*(...) o planejamento das equipes ocorre para a divisão das tarefas. (entrevistado 4)*

*(...) Quando eu entrei na minha unidade, já tinha um tempo montado, porque na unidade só tem duas salas e três equipes, então sempre um tem que estar desenvolvendo uma atividade fora da unidade, enquanto dois ficam atendendo. Às vezes a gente faz metade do horário, aberta aqui, aberta ali pra poder caber todo mundo (...) o que vai variando, lá já tinha um fluxo, de acordo com a demanda a gente vai se organizando a cada mês, a gente faz uma reunião pra fazer planejamento... (entrevistado 1)*

Os médicos sabiam que existiam muitos problemas e reivindicações da comunidade que não chegavam até eles, ficando sob responsabilidade da coordenadora da unidade que se reunia com o Conselho Local de Saúde.

*(...) existe um Conselho que se reúne com a coordenadora da unidade e, se eu não me engano... Eu nunca participei porque é sempre depois das cinco (...), depois do atendimento ou quando no horário do atendimento não coincide de estar liberado naquele horário. (entrevistado 2)*

Quando os médicos foram perguntados sobre os problemas que estavam fora da capacidade de atuação profissional, trouxeram os problemas sociais da área, mas não conheciam as estruturas de amparo social e até a Pastoral da Saúde, de atuação marcante na região, parecia ter se afastado dos serviços de saúde após a implantação do PSF.

*Quando eu era só pediatra na área, acho que a pastoral agia mais. Quando chegou o AS (agentes de saúde) parece que se afas-*

*tu, eu ainda mando se cadastrar para pegar a multimistura (...) mas não sei se a criança é acompanhada.* (entrevistado 2)

*A Pastoral se envolvia, antes quando eu era pediatra, há três anos (...) vamos dizer era o único envolvimento da criança (...) único alicerce da criança (...)* (entrevistado 3)

*Tem uma senhora que trabalha na Pastoral que é cliente nossa e que sempre pede para eu fazer uma palestra, mas eu estou em dívida, eu acabei não indo. Mas ela sempre fala (...)* (entrevistado 7)

*(...) lá elas desenvolvem um trabalho legal, mas assim, era um trabalho meio paralelo.* (entrevistado 6)

A Territorialização em Saúde, o Diagnóstico Situacional de Saúde e o Planejamento Participativo Ascendente, quando bem conduzidos possibilitam a aproximação do PSF ao conceito de causalidade admitido na Constituição brasileira de 1988, que é o referencial nuclear para mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. Aí sim, poderia ser uma estratégia com possibilidades de mudar práticas, isto é, mudar o modelo.

Os médicos com menos tempo de trabalho na região não reconhecem a pastoral como movimento importante na vida das comunidades. Não há referência espontânea nas entrevistas, o que é um indicativo de que não existe uma identificação do que se passa naquele lugar, demonstrando, portanto, a necessidade de tempo e permanência para se conhecer o território e todas as suas “saídas”.

A paisagem da região é mirada diariamente pelos médicos e pode ser reveladora das condições de desenvolvimento da comunidade e de todo o ambiente físico. Representa o lado visível do espaço, fotografias sucessivas dos caminhos percorridos pelo médico para chegar à unidade e nas visitas domiciliares (quando solicitadas pela sua equipe) que, para adquirir significação, pressupõe uma atitude de valorização das atividades extramuros e do que se vê. Portanto, desenvolver um olhar crítico sobre a realidade para que a imagem tenha um valor na identificação de elementos de risco ou proteção, na paisagem.

Na relação de apropriação dos territórios é estabelecido o vínculo maneira qual o profissional é reconhecido como pertencendo ao território, e a população se reconhece na Unidade de Saúde. Para Merhy (p.138).<sup>14</sup> “É ter uma relação, é integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o usuário, individual e coletivo”. Mas, no mesmo parágrafo, o autor estabelece a grande diferença da interpretação burocratizada dos serviços de saúde ao explicitar que: “Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras,

que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população”.

Pichon-Riviere<sup>15</sup> denomina de vínculo: “a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso a cada momento”. No terceiro capítulo, sob o título de “Vínculo, Comunicação e Aprendizagem”, o autor esclarece que “no vínculo está implicado tudo e complicado tudo” referindo-se à abordagem Freudiana das estruturas psíquicas e esses são condicionados por outros vínculos, acumulados nos sujeitos que estabelecem uma relação. A reflexão aqui apresentada não objetiva explicar a relação do vínculo entre o médico do PSF e o seu paciente ou sua área de abrangência, mas uma tentativa de mostrar a complexidade de alguns conceitos usados no PSF e indefinidos operacionalmente

*Olha, isso aqui é um estresse grande, cansativo, a gente leva problema para casa, é um (...), a gente recebe ameaças, afrontas, ouve desaforos e, como consequência, faz um quadro depressivo, um quadro de hipertensão ou aquela glicemia de transição, eu, um dia desses, cheguei aqui e fui medir minha glicemia e estava 206.* (entrevistado 5)

*(...) o que faz adoecer é que elas (as médicas) se envolvem demais com os pacientes... ficam falando o tempo todo dos pacientes e levam esses problemas para casa, quando eu saio, deixo os problemas aqui.* (entrevistado 4)

*O médico fica doente, a carga horária é muito grande, todo mundo está com as agendas lotadas, a gente se envolve muito com os pacientes. Ele está ali o dia todo, todo dia (...)* (entrevistado 6)

Ao se ter como base de interpretação os documentos oficiais do PSF, o vínculo a ser estabelecido entre os profissionais das equipes e as famílias é a responsabilidade por um conjunto de ações bem delimitadas e com soluções pré-estabelecidas por meio dos programas. O contraditório é a apropriação da USF pelos usuários e o vínculo na sua versão de obrigação em resolver os problemas. Nessa modalidade de apropriação e vínculo, os conflitos se estabelecem no confronto do que parece estar entendido pelos usuários como obrigações médicas e, no entendimento dos médicos, como de sua responsabilidade.

Algumas frases, em contextos não-direcionados ao relato de vínculo, foram importantes na descoberta desse conflito:

*Você é minha médica (...)* *Você tem que resolver (...)* *Tudo, qualquer coisa, até as questões sociais (...)* *Eles acham que você sabe de tudo. Às vezes têm coisas que você não tem conhecimento, eles acham que você tem que dar um jeito...* (entrevistado 1)

*(...) atendo muita demanda espontânea que é colocada no encaixe. É um pe-a-zão.. Deixa o médico preso. Os pacientes acham que o médico está à disposição deles... (entrevistado 4)*

Na organização do PSF, o vínculo como responsabilidade do serviço de saúde, sobre os pacientes individuais ou sobre o coletivo, se estabeleceria na medida em que fossem assegurados a porta de entrada e o caminho dentro do sistema de saúde, isto é, a complementaridade das ações de saúde para a resolutividade dos casos.

No significado de vínculo administrativo, o agendamento teria o papel de garantir e colocar o indivíduo na rede de cuidados em todos os níveis de complexidade tecnológica. Mas só é agendada parte da demanda existente nos territórios para aqueles indivíduos considerados pertencentes a grupos prioritários de agravos na visão biomédica dos problemas. Esse agendamento deixa sem possibilidade de atenção os indivíduos sadios sujeitos a riscos de agravos. Sendo assim, o vínculo dos médicos seria um vínculo com parte do território, principalmente com doentes.

Para que o agendamento consolidasse o vínculo do serviço de saúde com o território, o cadastramento das famílias e de seus componentes teria um sentido de gerar, em tempo real, a estrutura populacional, seus riscos e seus determinantes e, a partir dele, estabelecer-se-iam as prioridades e uma agenda (listagem) que ordenasse e garantisse o atendimento dos indivíduos e de suas famílias. Logo, conhecer o cadastro ou usar suas informações seria uma forma de conhecer o território e estabelecer vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde na responsabilização pelos usuários.

Ao se adotar o conceito de vínculo como responsável em lidar com a vida das pessoas, este estaria dependente das qualidades individuais de cada profissional e poderia ser observado na demonstração do carinho, da afeição nas relações interpessoais, porque, no sistema de saúde, lidar com a vida é muito mais que mantê-las.

Guilbert<sup>16</sup>, no seu livro sobre a ciência da convivência, revela algumas regras para construir convívios, não apenas como arte de conviver, mas como transformação numa ciência do convívio, já que dele depende o bem estar da humanidade. Se a implantação de equipes deve ser adotada e se os vínculos não-administrativos são complexos, como resolvê-los? No capítulo 49, o autor esclarece um ponto importante com relação à escolha da convivência, isto é, com quem se quer conviver, o que não acontece por acaso, mas no ambiente humano que o autor denomina de acaso grupal. Não existe oportunidade de escolhas entre médicos e pacientes, mas existe a motivação dos pacientes ao procurarem o Serviço que é a cura de seus sofrimentos. É nessa escolha por uma motivação unilateral que se dá a escolha racional e

consciente de se iniciar uma relação que, se não correspondida, torna-se desarmônica.

*(...) mas é claro que o limite da atuação médica está nas questões sociais, foi isso que nos deixou adoecer, que nos faz adoecer, eu até adoeci... Pode ser que agora, se organizando-se melhor o Comitê da Vida, porque, para não deixar morrer uma criança, toda a comunidade vai precisar se mobilizar (...) e o que ficava só dentro da área da saúde pode ser que melhore (...)* (entrevistado 3)

*Eu não adoeci porque estou acostumado com tragédia, eu trabalho no Infantil (...)* (entrevistado 2)

*É difícil, a gente sente muito frustrada, a gente quer meio interferir, mas você fica um pouco com medo. A gente está ali na comunidade, então, até que ponto você pode interferir para não causar desconforto para a família e para você que vai ficar ali na comunidade. Você vai ficar ali.* (entrevistado 6)

É no lidar com situações relacionadas à vida das pessoas, às suas condições sociais e a seus problemas que os médicos precisam fazer escolhas técnicas e exercitar a ética. Na área da saúde, o ensino e o exercício da ética limitaram-se apenas às normas de comportamento para indivíduos de determinada categoria profissional, a qual tolerou a desumanização praticada pelos profissionais de saúde. Segundo Fortes<sup>17</sup>, uma nova ética deve considerar como valor essencial a garantia do respeito à dignidade humana, para além da deontologia médica. Nesse referencial abrangente, a ética está sustentada nas qualidades individuais e nas características adquiridas pelos médicos nas suas experiências pessoais e profissionais. Como as experiências anteriores e as habilidades adquiridas a partir das experiências são parte da arte médica<sup>18</sup>, poucos profissionais estarão de prontidão para desenvolver uma nova arte, principalmente nos lugares onde as redes causais de adoecimento expõem uma trama não-reconhecida pela elite intelectual da classe. Provinda de uma categoria social que não ofereceu experiências de convivência com as diversidades socioeconômicas e culturais, não terá caminho para pensar soluções para indivíduos ou para o coletivo, o que também não é promovido pela escola médica. O médico não é do território, não reconhece a trama causal porque não é apropriado, mas cada profissional reagirá de forma particular e dependente de sua arte.

*(...) tem muita coisa que a gente fica de mãos atadas, porque alcoolismo e droga, essa semana tive um casal na minha frente, um casal que fuma maconha o dia inteiro e os dois querem parar de fumar porque tem um filho de dez anos, né! A mulher*

*foi primeiro, daí eu acho importante você conhecer a família, primeiro pela mulher que falou meio tímida, na outra semana, levou o marido pra fazer exames. Ela foi, só que de fato como eu vou trabalhar esse casal? Eu não tenho espaço na minha agenda pra fazer esse tipo de abordagem.* (entrevistado 1)

*As coisas sociais são muito emperradas, eu não acho que se consiga resolver com agilidade. O médico está acostumado a trabalhar com muita agilidade, ele chega a uma solução... Aquilo ali, não, tem que ligar num sei pra quem! Tem que ligar pro juizado! Tem que ligar pro Conselho. Tem que não sei pra quem pra quem liberar não sei o quê. Eu não aguento! Demora demais. Tentava a Assistente Social, mas é muito demorado.*" (entrevistado 6)

Os entrevistados que exerciam a Medicina há mais tempo pareciam entender melhor as situações sociais que se apresentavam nas queixas, mas operavam intervenções técnicas que provavelmente eram estruturadas no saber médico flexneriano.

A estrutura do conhecimento na formação de médicos não exclui, no entanto, a possibilidade de uma nova ética ou um vínculo, que, após a interação do primeiro contato com o paciente, se aprofunde na interação do contexto e se amplie as relações com outros níveis de atenção para novas possibilidades terapêuticas. Para que isso ocorra, há necessidade de novas habilidades para além da capacidade intuitiva dos profissionais, que pode ser desenvolvida, no médico, por meio de outros saberes que, incorporados na formação ou na educação continuada, ajudem no entendimento do primeiro contato.

*Eu acho que é um vínculo afetivo, é! Até nas reuniões, eu mesmo falo, isso aqui é um espaço pequeno, é como isso aqui fosse ótimo. Na verdade, é que muita coisa disso é de uma pessoa que aprendi a admirar, que muitos anos fez aqui. Tem muito da Dra H... que era uma pessoa que não tinha um papel muito burocrático. Ela queria resolver. Eu acho que é muito do médico também, né. Você está acostumado a atender e dá um fim. Os outros profissionais né, eu noto, que não são assim, dão atenção têm tudo, mas não dão um fim.* (entrevistado 7)

Há de se ter cuidado, quando no PSF se desloca o foco de responsabilidade da estrutura do Sistema de Saúde para as equipes, expondo os profissionais a tantos problemas que poderiam ser minimizados na organização da atenção primária.

*Eles ficam sabendo que a medicação vai chegar e vêm aqui à tarde... — é porque não chegou a medicação? Aqui, para diabético não vem medicação e a gente se confronta com os pacientes.* (entrevistado 5)

*Os encaminhamentos para problemas puramente médicos, que o paciente volta e cobra da gente para resolver o problema. Eles já chegam dizendo que veio para que a gente resolva o problema, ele já sabe qual o médico é responsável pela sua família e que precisa de ser resolvido o problema.* (entrevistado 2)

*Eles cobram. Eles reclamam, mas não me cobram porque eu já explico que é problema da prefeitura, que é problema de vaga, que não é problema meu e que, depois do encaminhamento, é lá que vão resolver.* (entrevistado 6)

## Considerações finais

Os médicos que participaram da pesquisa não conheciam o território na concepção primordial que transforma o modelo tratando-o como área de abrangência, geograficamente delimitada, o que não traz oportunidades de práticas de saúde que demonstre a mudança do paradigma causal do processo de adoecimento, admitido na Constituição Federal brasileira, que admite a multicausalidade com determinação social. Não existia uma análise sistematizada das condições de vida e da estrutura social que, por vezes, ameaça o próprio trabalho médico, principalmente quando da forma não tradicional de levar consultas médicas fora do espaço da unidade.

As ações/atividades desenvolvidas pelo PSF não se expressam como uma forma particular do agir sobre o processo saúde-doença e têm se direcionado sem constrangimento à doença. Segundo Contandriopoulos<sup>19</sup>, "Se as doenças e a saúde não são fenômenos independentes, elas não são, no entanto, redutíveis uma à outra", o que impossibilitaria, nesse momento, a intervenção do PSF na qualidade de vida da região. O contexto sistêmico de meio ambiente físico como poluição atmosférica, lixo, condições de trabalho e a difusão de agentes nocivos ao homem e de meio ambiente social que se externaliza nos valores, na cultura e na organização social, não são trazidos para dentro do PSF, e a qualidade de vida se conforma no tratamento. A única questão do meio ambiente que a prática médica evidenciou esteve direcionada à condição de higiene dos lugares.

A enorme contradição entre as propostas do programa e o cotidiano do PSF revela uma crise vivenciada pelos profissionais médicos que, na dimensão subjetiva da relação com o outro, se veem sujeitos de uma reflexão compartilhada de problemas cujas soluções não estão no domínio de seus saberes e práticas. Não existem instrumentos no PSF para facilitar o diálogo entre as necessidades que vêm dos usuários e os profissionais sendo que entendê-los requer uma formação profissional que facilite a compreensão do adoecer, além

dos limites biológicos e sociais para um entendimento que vem do território, porque o sujeito individual está referido ao seu grupo. Esse fato não está restrito ao PSF estudado, mas, provavelmente, se repete em cada PSF dito implantado na maioria das cidades.

É no campo das relações interpessoais que se estabelecem a humanização e o vínculo; logo, é preciso que os indivíduos sejam considerados, de alguma maneira, simultaneamente biológicos e psicossociais e, para isso, é necessário que se instrumentalize os profissionais para abordagens que contemple as áreas do conhecimento das relações humanas, ou que se estabeleça suporte para as equipes do PSF por meio de profissionais com esses conhecimentos.

Há necessidade de que os conteúdos dos conceitos sejam do conhecimento de todos do PSF, entendidos por todos, e ajudem a organizar um sistema de saúde resolutivo. Existe um discurso que não confere com a realidade das USF e que é apresentado aos profissionais médicos em documentos oficiais formais, afastando a possibilidade da reflexão crítica e da autonomia.

O território do PSF é um território administrativo. O cadastro, única prática de saúde nova, dentre tantas práticas antigas no PSF, poderia ser um instrumento de apropriação de territórios ao revelar a estrutura populacional real, as características de meio ambiente diferenciado nas microáreas e a vulnerabilidade dos indivíduos.

## Referências

- Paim JN. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p.11-24.
- Alvarenga LMCA. A prática médica no Programa de Saúde da Família e sua contribuição para mudança do modelo technoassistencial em saúde: limites e possibilidades. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.
- Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Div Saúde Debate. 2000;(21):29-35.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997. [citado 2010 ago 5]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF); 2000. Caderno 1- Implantação da Saúde da Família.
- Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Unglert CVS. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. Parte da Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para concurso de Livre-Docência. São Paulo 1995. (Doação da autora).
- Santos M. A natureza do Espaço. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Nicolas DH. Tempo, espaço e apropriação do território: rumo à fragmentação na mundialização? In: Santos M, Souza MAA. Territorialização, globalização e fragmentação. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 85-101.
- Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Projeto Integrar. Vitória Unida Pela Saúde – Projeto de Implantação de Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) na Região de São Pedro. Vitória (ES); 2000.
- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecilio LCO (Org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
- Pichon-Riviere E. Teoria do Vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
- Gilbert I. Convivologia. A ciência do convívio. São Paulo: Instituição Brasileira de Difusão Cultural Ltda; 1997.
- Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda; 1998.
- Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de Saúde. Saúde em Debate. 1995;(47):28-35.
- Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad Saúde Pública. 1998;14(1):199-206.